

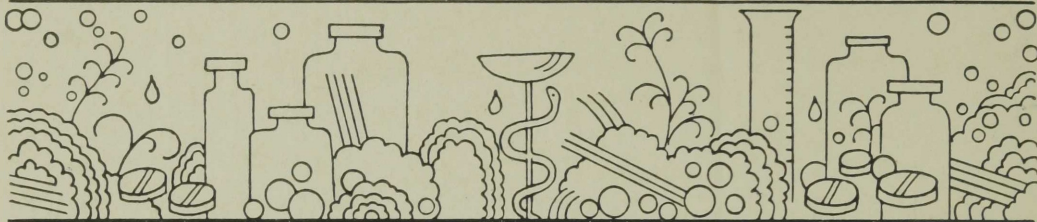
EESTI ARST



1

1989

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi
ja Eesti Arstide Liidu ajakiri



LIOBILUM

Liobiil on lüofiliseeritud veisesapp. Ravim aktiveerib pankrease sekretsiooni ja rasvade lagunemist ning imendumist soolestikus, soodustab sapi teket ja eritumist, stimuleerib soolestiku peristaltikat.

Liobiili kasutatakse asendusravivis sapi eritumist soodustava vahendina.

Pakendis on 50 kattedkihiga tabletti à 0,2 g toimeainet.

Suppositoriae cum DIPROPHYLLINO

Diprofülliin laiendab bronhe ja pärgartereid ning toimendab diureesi.

Kasutatakse bronhiaal- ja südameastma raviks, kaasaajaveresoonte skleroosist tingitud kriisi raviks. Pärasoolde pannakse üks ravimküünne kolm korda päevas. Ravikuur kestab

10 küünlaid, mis sisaldavad 0,5 g diprofülliini. Diprofülliin on kodumaine ravim.

EESTI ARST

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ja Eesti Arstide Liidu ajakiri

1989

Asutatud 1922. aastal

SISU

«Eesti Arsti» lugejale 3
K. Kutsar — «Eesti Arst» 1922... 1940 5

JUHTKIRI

L. Karu — Spetsialiseerumine ja integratsioon teryshoius 16

EESTI ARSTIDE LIIDUS

J. Raag — Eesti Arstide Liidu (taas)asutamine 20

A. Kasmel — Eesti arstide ühenduste ajaloost 24

Eesti Arstide Liidu põhikiri 26

EESTI LASTEKAITSE LIIDUS

L. Tamm — Eestimaa lapsed vajavad kaitset 30

TEORIA JA PRAKTIKA

R. Birkenfeldt — Haiguste riskitegurid ja individuaalne terviseõpetus 33

E. Karu — Farmakokineetilise etanooltesti kasutamine laboratoorse abimeetodina

kroonilise alkoholismi diagnoosimisel 35
E. Kuus — Varjase maovähi röntgendiagnoosimine 40

MÖTEVAHETUS

H.-I. Maaroo — Kliinilisest morfoloogiast gastroenteroloogi pilgu läbi 43

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

G. Männik — Kuidas peaks kujunema Eesti tervishoid uutes majandustingimustes? 46

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

L. Päi — Reinhold Birkenfeldt — meditsiinidoktor 49

A.-E. Kaasik — Uus meditsiinikandidaat 50

UUSI TERVISHOIUASUTUSI

A. Adamsoo — Tartu Psühhiaatrikliinik uues majas 51

ARSTITEADUSE AJALOOST

J. Saarma — Järjekordne samm humanistliku psühhiaatria teel 53

L. Allikmets — Oswald Schmiedebergi nimelised loengud Tartu Riiklikus Ülikoolis 55

H. Gustavson — Kolme juubeliapteegi ajaloost 56

REFERAATE 58

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

K. Kõrge, H. Tankler, T. Ilomets — Root-

sis ilmunud raamat Tartu Ülikooli meditsiinialajaloost 59

J. Mürsepp, R. Muul, F. Laupmaa — Märkusi Arvid Lutsu raamatu «Kuuldeaparaadid ja kuulmise korrigeerimine» kohta 62

MEIE JUUBILARE 64

Boris Nurmand, Iia Kask, Lilian Kaasikmäe, Ilme Pilv, Nadežda Vihm, Evald Tammepeöld, Ivo Kuusk, Ennu Sepp, Aime Tolga

VÄLISMAALT

I. Varik — Muljeid Addebrooke'i haiglast Cambridge'is 67

IN MEMORIAM

Elmar Siirde 68

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

K. Saks — Südame- ja veresoonekonna haigusi põdejate füüsilise taastusravi konverents 69

M. Otter — Balti liiduvabariikide farmakoloogide konverents «Füsioloogiliselt aktiivsete ainete süntees ja uurimine» 70
M.-A. Riikjärv — I Moldaavia pediatrite kongress 70

M. Saava — Ratsionaalse toitumise propa- ganda alane pleenum 71

E. Tomberg, M. Saava — Üleliiduline õpilaste profülaktilise vitamineerimise alane nõupidamine 72

R. Zupping, A. Adamsoo — VIII üleliiduline neuroloogide, psühhiaatrite ja narkoloogide kongress 72

L. Allikmets — VI üleliiduline farmakoloogide kongress «Farmakologia ja teaduslik-tehniline progress» 73

A. Luts — IX üleliiduline otorinolaringoloogide kongress 73

R. Uibo — Soome Immunoloogia Seltsi aastakoosolek 74

O. Volož — Nõukogude—Soome koosolek «Südame ja veresoonekonna ning teiste ühi- seid riskitegureid omavate haiguste epide- mioloogia ja profülaktika» 74

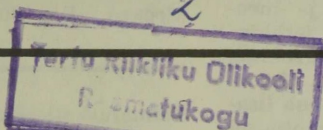
A. Luts — II rahvusvaheline Läänemere- maade otorinolaringoloogide kongress 75

A. Sillam — II rahvusvaheline töökoos- olek «Vibratsioon ja inimene» 75

KROONIKA 77

Eesti NSV teadlaste publikatsioone välis- maal 79

Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimu- si 80



AUTOREILE

Käsikirjad esitatakse toimetusele kahes eksemplaris masinakirjas, ridade vahe kaks intervalli. Töö olgu aktuaalne ja tänapäeva teaduse tasemel. Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja töö eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu, kokkuvõte ja järeldused. Käsikiri peab olema keelelt korrektne, terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, iniitsiaalid kontrollitud, ka 3...7 võtmesõna lisatud. Uudse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitatagu see võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitagu kokkusuurutult mitte üle nelja ja ülevaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — Asutuse tõend, kas töö on plaaniline või mitte või dissertatsiooni fragment, esitatakse koos käsikirjaga. Teadusliku töö käsikirja viseerib teaduslik juhendaja. — **Andmed kõikide autorite kohta** (perekonna-, eesja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ja kodune telefon, sünniaasta, perekonnameis, laste arv) lisatakse käsikirja lõppu koos kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimisinstituutide töötajad märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — **Resümee** esitagu vene keeles (15... 20 rida masinakirjas) ja inglise keeles (8... 12 rida) või lisatagu tõlkimiseks sobiv eestikeelne kokkuvõte. — **Kirjandus**. Bibliograafias paigutatakse üldreeglina ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed kirjandusallikad. Mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, iniitsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse kõikide autorite perekonnanimed ja iniitsiaalid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, artikli lehekülgedele algus- ja lõpunumbrid. — **Fotod ja joonised** koos allkirjadega paigutatakse käsikirja lõppu. On soovitatav foto, eriti mikrofoto tagaküljele märkida ülemine serv.

Lubamatu on toimetusele saata töid, mis on teistes väljaannetes või monograafia osana juba trükitud.

Toimetus ei tagasta fotosid ja jooniseid ning avaldamisele tulevate artiklite käsikirju.

Honorari makstakse Tallinna autoritele 11., 12. ja 26. ning 27. kuupäeval kirjastuse «Perioodika» kassas Pärnu mnt 8. Väljaspool Tallinna elavatele autoritele saadetakse honorar koju posti teel.

«Eesti Arst»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 3 rbl., poolaastaks 1 rbl. 50 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekontorid. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil

Москва Г 200, «Международная книга».

Toimetuskolleegium

Lembit Allikmets, Pavel Bogovski, Andres Ellamaa, Natan Elštejn, Kadri Gross, Ants Haavel, Vello Ilmoja, Tenno Jänes, Ain-Elmar Kaasik, Laur Karu, Maano Kivilo, Heino Kokk, Vello Laos (peatoimetaja asetäitja), Jüri Saarma, Eduard Sassi, Uno Sibul, Rein Zupping, Leo Tamm, Oku Tamm (peatoimetaja), Matti Tarum, Rein Teesalu, Kaljo Villako.

Korrektor H. Brus. Tehniline toimetaja L. Viller. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 44 43 70. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pärnu mnt. 8, tel. 44 24 84. Ladumisele antud 22. 12. 1988. Trükkimisele antud 20. 01. 1989. Trükiarv 5800. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspognaid 8,65. Tell. nr. 5636. MB-00539. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda. Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ээсти Арст» (Врач Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР и Союза врачей Эстонии. Издательство «Периодика», Tallinn. Тираж 5800. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист. 6,5. Уч.-изд. лист. 8,65. Заказ № 5636. MB-00539. Типография Издательства ЦК КП Эстонии. Tallinn, Пярну маантеэ, 67-а.

© Kirjastus «Perioodika».
«Eesti Arst», 1989

«Eesti Arsti» lugejaile

Möödunud aastal väljendas kogu rahvas, sealhulgas ka arstid, üksmeelselt valmisolekut rajada kas või loobumise hinnaga oma arusaamadele vastav õiglane Eestimaa. Ja sellele teele ongi juba asutud. Me teeme esimesi kindlaid samme, me oleme oma mõtteis ja südameis helgemas, õiglasemas tulevikus. Me läheme seda teed mööda, kandes endas suveräänse rahva ausameelseid kavatsusi ning juhindudes oma tegude tasakaalukusest.

Tänu avalikustamisele on rahva hulgas toimunud paljude Eesti valupunktide üleüldine teadvustamine ning seda ka tervishoiu valdkonnas. Räägime otse ja avalikult puudustest ning vildakatest asjadest ja tegudest meie tervishoiusüsteemis. Kuid me soovime väga, et nii meie ise, arstikond kui ka kogu tervishoiukorraldus muutuksid paremaks, inimsõbralikumaks, et väärtustataks arsti ja õe töö, et valitsusvõim tunnustaks meditsiini ja rahvatervishoiu suurt tähtsust. Meile endile on aga vaja tegutsemisindu ja eesmärgikindlust.

«Eesti Arst» on taas ilmuma hakanud. See sai võimalikuks 1988. aasta mais toimetuskolleegiumi, toimetusnõukogu ja toimetuse ühisest otsusest taastada ajakirja endine ja esimene nimetus «Eesti Arst». Selle otsuse kiitsid samal kuul heaks ka Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi kolleegium ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee Presiidium, seda otsust toetasid ka Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna nõukogu ning Eesti Arstide Liidu üldkogu. Nimetatud otsuste põhjal esitati taotlus EKP Keskkomiteele taastada ajakirjale «Nõukogude Eesti Tervishoid» endine nimetus «Eesti Arst».

Hea ja usaldusväärse sõbraga on alati meeldiv taas kohtuda. Niisugune Eestimaa meedikute vana sõber on kahtle-

mata olnud Eesti Arstideseltside Liidu häälekanaja «Eesti Arst», mille esimene number ilmus 2. detsembril 1921. aastal. Ajakirja anti välja kokku 23 aastakäiku (1922...1944), viimased neist ilmusid Akadeemilise Arstiteaduse Seltsi väljaandel. Teise maailmasõja ajal «Eesti Arsti» väljaandmine katkes. Aastail 1954...1957 ilmusid kokku kuus arstiteaduslike artiklite kogumikku pealkirja all «Nõukogude Eesti Tervishoid». 1958. aastal hakati regulaarselt iga kahe kuu tagant välja andma sellisama nimetuse all Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi perioodilist meditsiiniajakirja, mis sellisena ilmus 1988. aasta lõpuni. See nimetus aga ei olnud arstidele ette nähtud ja sisult teaduslikule ajakirjale vastav. Tegelikult oli ju «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1922. aastal ilmuma hakanud arstide seltside kuukirja «Eesti Arst» järjepidevaks väljaandeks.

Estimaal praegu toimuvatest sündmustest ei saa kõrvale jääda ega olegi jäänud ka Eesti arstikond, kelle tahteks on kindlalt muuta ja uuendada nii põhimõtteliselt kui ka tegelikkuses meie tervishoiukorraldust, muuta see inimeskeskseks, inimest säästvaks, tema tervist kaitsvaks riiklikuks süsteemiks. «Eesti Arst» aga soovib kaasa aidata ja avada oma veerud praegustele uuenemisprotsessidele, nende siirale käsitlusele. «Eesti Arsti» lehekülgedele peaksid jõudma need arstide kirjutised, mis aitavad meie rahval liikuda õigusriigi ja inimõiguste austamise suunas, inimesele ja kogu rahvale tervise tagamise suunas. On selgemast selgem, et rahva suurim vara on tema tervis.

«Eesti Arstis», mis on Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ja Eesti Arstide Liidu ühine ajakiri, tahaksime näha kirjutisi, milles ilmnevad arstikonna taotlused ja sekkumine tervishoiupoliitikasse, selle suunamise ja kujundamise, arenguvõimaluste valikusse. Ajakirja veergudele peaksid jõudma tööd, milles käsitletakse meditsiini kui rahvuskultuuri koostisosa kontseptsiooni, ka arsti isiksuse kujundamist. Arstikonna kohus peaks olema esitada toime-

tusele ka selliseid kirjutisi, milles avaldatakse arvamust tervist puudutavate seaduseelnõude kohta ning tehakse ettepanekuid nende seaduste fikseerimiseks.

Kirjutistes peaksid leidma käsitlemist inimese tervise taasväärtustamine, mille all mõistetakse tervist täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heolu seisundina, mitte aga ainult haiguste ja füüsiliste defektide puudumisena. Selle juurde kuulub ka inimese tervise-teadvuse arendamine, mis seisneb selles, et igaühel meist on õigus saada igakülgset terviseteadet, näiteks teada saada, missugust toimet avaldavad elukeskkond, töö- ja elurežiim, toit või kahjulikud harjumused. Inimesel peab olema õigus ka valida arsti ja raviasutust. See kõik võimaldab inimesel ise vastutada oma tervise eest.

Mõistagi ootab «Eesti Arsti» toimetust kirjandusülevaateid, teadusartikleid meditsiiniteooria ja -praktika valdkonnast, uurimistöode kokkuvõtteid, huvipakkuvate ja haruldaste kaasuistiliste juhtude kirjeldusi. Meie vaateväljast ei tohi kõrvale jääda emade ja laste tervis, kõik nende mured ja probleemid. Selleks on ajakirjas ruumi alati. Kõikidest nendest töödest peaski moodustuma iga numbri peamine sisu.

«Eesti Arsti» kohus on jäädvustada Eesti Arstide Liidu ja kõikide arstide seltside tegevuse ajalugu. Arstid ei tohi pidada raskeks ega tülikaks sellekohase teabe toimetusele edastamist. Selle teabe valdkonda kuuluvad ka teaduskonverentside ja -kongresside ning muude arstide foorumite ülevaated. Ajakirjast ei tohi välja jääda ka informatsioon arstide ja arstiteadlaste koostöö kohta Välis-Eesti meedikutega.

«Eesti Arstis» peaks olema mõttevahetus pakilistel tervishoiuteemadel, samuti töid meditsiinilise deontoloogia ja arstieetika vallast. Tänapäev, tervishoiusüsteemi reformimise vajadus, Eesti Arstide Liidu põhikirjas ja otsustes fikseeritud kaugemad ning lähemad eesmärgid on vahetult seoses just viimati nimetatud ainevallaga. Me ju teame, et arstide hulgas on veel madala

kvalifikatsiooni ja kõva südamega arste, ehkki neid olla ei tohiks. Taas tõi mõte «Eesti Arsti» aastakäikude juurde tagasi. 1938. aasta märtsis kohustus Tartu Ülikooli arstiteaduskonna nõukogu tolleaegset dekaani prof. E. Saarestet ümber sõnastama arstivande teksti, mis ei olnud enam ajakohane. Uus, ümbertöötatud vandesõnastus võeti vastu kaks kuud hiljem arstiteaduskonna nõukogu koosolekul. See kõlas nii:

Sügava tänutundega vastu võttes teaduse poolt minule antud arsti õigused ja täies ulatuses hinnates selle kutsega kaasas käivate kohustuste tähtsust, töötan ja vannun kogu eluaja püha ja puhta hoida selle kutse au, kuhu praegu astun. Töötan avitada oma paremat teadmist mööda minu oskust vajavaid abiotsijaid, pühaks pidada minule teatavaks saanud isiklikke ja perekondlikke saladusi ja mitte kurjast tarvitada minule osutatud usaldust. Töötan järjest edasi töötada arstiteaduse vallas ja kõigest jõust kaasa aidata selle õitseleviimiseks, teadusilmale teatades kõiki oma avastusi. Töötan mitte valmistada ega levitada salajasi ravivahendeid. Töötan õiglane olla oma ametivendadega ja mitte haavata nende isikut. Töötan tõsisematel juhtudel küsida enam vilunud ning suuremate teadmistega ametivendadelt ja, ise nõu andma kutsutuna, õiglaselt ning südame-tunnistust mööda hinnata oma ametivendade tööd ja püüdeid haige abistamisel. Töötan ning tahan igal ajal talitada haige terviselistes huvides ja taotleda rahva kehalist ja vaimset hüvangu.

Selle arstivande teksti, mis nii väga sobib tänasesse päeva, on koostanud nimekatest meedikute komisjon, kuhu kuulusid professorid G. Rooks, A. Lüüs, A. Valdes ja H. Normann. Ja me näeme, et tollased «Eesti Arsti» tegijad olid arstivande sõnastamisel ette näinud kaugesse tulevikku, sest täna on meil vaja just niisugust arstivannet, nagu need mehed selle kirja on pannud.

«Eesti Arsti» toimetust

UDK 61(05)(474.2) «1922/1940»

«Eesti Arst» 1922 . . . 1940

Kuulo Kutsar · Tallinn

Esmakordselt võeti Eesti arstide teadusajakirja väljaandmine arutlusele 1918. aasta novembris Põhja-Balti Arstideseltsis. Siis peeti sellise ajakirja asutamist veel varajaseks.

Alates 1920. aastast tegeles ajakirja asutamiseiga Tartu Eesti Arstide Selts. 1921. aasta jaanuaris otsustati teha vastavasisuline ettepanek Eesti Arstideseltside Liidule. 28. mail 1921 arutas Eesti Arstideseltside Liit oma esimesel peakoosolekul arstiteadusliku ajakirja väljaandmist ning valis korraldava komisjoni liikmeteks prof. A. Rammuli, prof. L. Puusepa ja dotsendi kt. S. Talviku.

19. oktoobril 1921 täpsustati küsimust Tartu Eesti Arstide Seltsi üldkoosolekul, kusjuures ajakirja nimetusena olid arutluse all «Eesti Arst», «Arst», «Arstiteadus», «Tervis», «Arstiteadusline Kuukiri».

Tartu Eesti Arstide Seltsi sama aasta 2. novembri koosolekul otsustati nimeuse «Eesti Arst» kasuks, kusjuures selle ettepaneku tegi prof. L. Puusepp.

I Eesti arstidekongressi avamise päeval 2. detsembril 1921. aastal ilmus «Eesti Arsti» esimene number.

Oma pöördumises Eesti arstkonna poole märkis sel puhul ajakirja ajutine toimetus (L. Puusepp, A. Rammul, S. Talvik), et uue arstiteadusliku ajakirja kaudu tahab Eesti arstkond pakuda teiste rahvaste arstidele võimalust tutvuda Eesti arstide tööga. Selleks hakkab ajakiri avaldama arstide töid neile sobivas keeles. Nagu hilisem praktika näitas, ilmusid originaaltööd mõned aastad eesti, saksa, vene, prantsuse ja inglise keeles ning alates 30. jaanuarist 1924 ainult eesti keeles. Ühtlasi avaldas toimetuse soovi, et kirjutised oleksid mahult piiratud, kuid sisult arvestatavad: *non multa, sed multum!*

Eessõnas pöördus lugejate poole Tartu Ülikooli rektor professor *dr. med.* H. Koppel. Lühidalt meenutas ta eesti-keelse meditsiinilise ajakirjanduse ajalugu ning tõstatas arstiteadusliku erialase keele arendamise vajaduse. Oma pöördumise lugejate poole lõpetas prof. H. Koppel sõnadega: «Astu siis oma tee le, «Eesti Arst», ole ühendajaks meie arstiteaduse põllul töötajate vahel, anna neile äratust, mõju kaasa arstiteaduse edenemisele; olgu su tee tasasem, su iga pikem kui su eelkäijatel.»

Ajakirja esimeses numbris avaldasid oma teaduskirjutisi Tartu Ülikooli Haa- vakliiniku direktor ja arstiteaduskonna dekaan prof. K. Konik, närvikliiniku direktor prof. L. Puusepp ning sama kliiniku assistent V. Lindeberg, kohtuarstiteaduse instituudi juhataja dotsendi kt. S. Talvik ning patoloogiainstituudi prosektori kt. A. Valdes. Eesti tervishoiu organisatsioonist andis ülevaate dr. A. Mõttus.

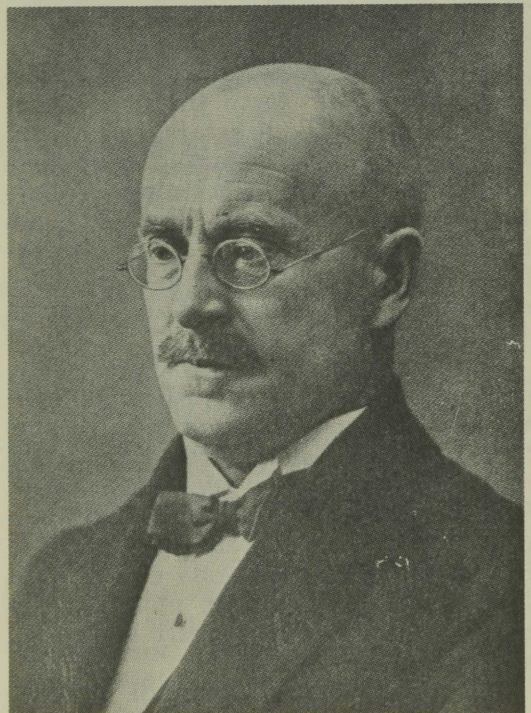


Foto 1. Prof. Siegfried Talvik, ajakirja «Eesti Arst» üks asutajaid ning tegevtoimetaja aastail 1922 . . . 1928.

Süsteemaatiliselt hakkas ilmuma informatsioon Eesti Arstide Seltsi organisatsioonide, eeskätt Tartu, Tallinna, Viljandi ja Pärnu arstide seltside teaduskoosolekute kohta. Veebruarist kuni detsembrini ilmus põhjalik ülevaade I Eesti arstidekongressist, mis oli toimunud Tartus 2...4. detsembrini 1921. Kongressi autoriteetsust rõhutasid selle avamisest osavõtnud aukandjad: riigivanem K. Päts, Tartu Ülikooli rektor prof. H. Koppel, Tartu Eesti Arstide Seltsi esimees prof. J. Miländer jt. Päevakorralisteks peakõnedeks olid Tervishoiu Peavalitsuse juhataja dr. A. Mõttuse «Tervishoiu tähtsusest riigi ja rahva elus», prof. L. Puusepa «Психические процессы с точки зрения современной неврологии» ja prof. A. Paldrocki «Ülesanne, millega viivitada ei tohi (Suguhaiguste levikust Eestis)».

Eesti Arstideseltside Liidu koosolekul 9. aprillil 1922 kinnitati «Eesti Arsti» toimetus järgmises koosseisus: K. Konnik, A. Lüüs, L. Puusepp, A. Rammul, K. Schlossmann, S. Talvik, A. Valdes; tegev- ja vastutavaks toimetajaks valiti S. Talvik.

Aastakäigu kaalukamateks teaduskirjutisteks olid Tartu Ülikooli bakterioloogiakabineti juhataja *dr. med.* K. Schlossmanni «Kõhutõve taud Eestis ja võitlus selle vastu» ning «Tuberkuloosi vastu võitlemise alused», lastekliiniku juhataja dr. A. Lüüsi «Praeguse aja vaated rinnalaste toitmise ja surevuse pääle» ning prof. L. Puusepa «Epilepsia ravitsemisest».

1923. aasta algul teatas «Eesti Arst», et Riias on ilmunud Tartu Ülikooli kasvandiku *dr. med.* I. Brennsohni koostatud «Die Ärzte Estlands vom Beginn der historischen Zeit bis zur Gegenwart». See raamat sisaldas Eestimaa arstlike olude ajaloolise kirjelduse ning üle tuhande siin töötanud arsti eluloo kuni 1922. aastani. A. Valdes nimetas seda biograafilist leksikoni Eesti arstkonna kuldseks raamatuks.

Et I Eesti arstidekongressi resolutsioon nägi ette rajada Tartus rahvalik tervishoiumuuseum, siis moodustas Tartu Eesti Arstide Selts 22. novembril

1922 organiseerimistöde kiirendamiseks tervishoiumuuseumi toimkonna eesotsas professorite A. Paldrocki ja A. Rammuliga. Asjaajajaks valiti dr. V. Sumborg.

Saame teada, et 1922. aasta jaanuaris avas Ameerika Punane Rist emade ja laste arstliku nõuandepunkti Tartus, mille juhatajaks määrati dr. A. Lüüs. Tallinnas asutati taolisi nõuandepunkte kaks: üks Ameerika Punase Risti ja teine lady Muriel Pageti poolt.

Eesti arstid olid üles näidanud häid diplomaadivõimeid. Nii oli dr. F. Akel töötanud vabariigi välisministrina, ka saadikuna Soomes ning Rootsis, 1924. aasta märtsist detsembrini aga riigivanemana; dr. J. Lepik saatkonnanõunikuna Prantsusmaal ja Eesti esindajana Poolas; dr. H. Lohk esindajana Vladivostokis ning saatkonna sekretärina Leedus. Kui dr. F. Akel riigivanemaks sai, soovitas «Eesti Arst» tal toimida Eesti Üliõpilasseltsi vana põhimõtte järgi — *fortiter in re, suaviter in modo!*

Ajakirja novembri-detsembri numbris on aukohal õnnitlus Tartu Ülikooli rektor *magnificus*'ele prof. *dr. med.* Heinrich Koppelile tema 60. sünnipäeva puhul. Samas numbris on antud ülevaade üleriiklikust arstidepäevast Pärnus 14...15. juulil 1923 ning avaldatud selle protokollid (ettekannete resümeed). Põhiliselt on käsitletud võitlust tuberkuloosi vastu.

«Eesti Arst» hakkas avaldama Tartu Eesti Arstide Seltsi oskussõnade komisjoni (A. Valdes, V. Vadi, F. Lepp (viimast asendas R. Tamm) ja keeleteadlane J. V. Veski) poolt korrastatud eestikeelseid arstiteaduslikke oskussõnu. Sõnastikus olid sõnad toodud järjekorras: saksa (või ladina) keeles, eesti keeles ja vene keeles.

1923. aastal avaldatud originaaltöödest olid kaalukamad K. Koniku «Luu ja liigendi tuberkuloosi ravitsemine», K. Lellepi «Kogelemise psühholoogia», A. Lüüsi «Müksõdeem lapseas», M. Nõgese «Rinnalaste surevus Viljandi maakonnas 1881...1922», L. Puusepa «*Encephalitis cortico-subcorticalis progressiva*», E. Saareste «Mõned jooned kooli-

laste kuulmis-organide hoolekandest», K. Schlossmanni «Bakterioloogiline ja seroloogiline leepradiagnoos» ning N. Veiderpassi «Eesti õlikivi (kukersiidid) õlist saadud fenoolide desinfitseerivast mõjust».

1924. aasta esimeses numbris teatas «Eesti Arst», et ilmuma on hakanud esimene eri-arstiteaduslik ajakiri Eestis «*Folia Neuropathologica Estoniana*» prof. L. Puusepa toimetamisel. A. Valdes jätkas eestikeelsete arstiteaduslike oskussõnade selgitamist. Tartu Eesti Arstide Seltsi 1924. aasta 30. jaanuari koosolekul otsustati, et «Eesti Arstis» ilmuvad originaalartiklid peavad olema kirjutatud eesti keeles. Tervishoiu Muuseum sai ülikoolilt ajutiseks kasutamiseks ruumid Aia t. 38, kus alustati ka ekspositsiooni väljapanemist. Rockefelleri fond eraldas Tartu Ülikooli arstiteaduskonnale kaks stipendiumi õppimiseks ühe aasta jooksul USA-s või Inglismaal. Stipendiaatideks valiti dr. H. Kull ja dr. M. Tiitso. Eesti Arstide Seltsi organisatsioonides arutati «Rahva tervishoiu korralduse seaduse» projekti. 3. novembril 1924 valis arstiteaduskond ülikooli audoktoriks vene füsioloog akadeemik Ivan Pavlovi.

Avaldatud originaaltöödest võib nimetada H. Sõbra «*Diabetes mellitus* ja insuliin», W. Reinthali «Proteiin- ja luminaalterapia epilepsia korral», K. Schlossmanni «Formaldehüüdi tekkimise soolte mikroobide mõjul ja autointoksikatsioonist». Jaoskonnaarstide probleeme analüüsis Laiuse jaoskonnaarst H. Dreyblatt kirjutises «Jaoskonna arstid ja tervishoiu küsimused maal». Praktilisi juhiseid andsid A. Rammul ja S. Talvik kirjutises «Õnnetute juhtumiste — ühes tööjõu kahanemisega — ekspertisist Eestis».

21. detsembril 1924 avati Tartus Aia t. 46 pidulikult Eesti Tervishoiu Muuseum. Sel puhul avaldati tunnustust muuseumi korraldajale dr. V. Sumburgile ja juhatuse esimehele prof. A. Rammulile. Dr. V. Sumburg oli muuseumi asutamise kogemuste saamise eesmärgil külastanud Hollandit, Belgiat, Saksamaad ja Prantsusmaad.



Foto 2. Prof. Albert Valdes, ajakirja «Eesti Arst» tegevtoimetaja aastast 1925, ka vastutav toimetaja aastail 1928...1944.

1925. aastast hakkas «Eesti Arst» avaldama informatsiooni uute ravimite kohta ning Tervishoiu Peavalitsuse aruandeid nakkushaiguste igakuise esinemise kohta Eestis. Regulaarselt trükiti referaate välismaa juhtivates arstiteaduslikes ajakirjades ilmunud töödest. Avati rubriik «Küsimused-vastused».

Ajakirja juuninumber oli pühendatud Eesti muda-ravimisasutuste 100. aastapäeva puhul peetud IV Eesti arstidepäevale. Aastakäigu lisana avaldati aga III Eesti arstidepäeva (12...13. septembrini 1924) protokollid. Selle arstidepäeva põhiprobleemiks oli emade- ja lastekaitse.

Ülikooli arstiteaduskonna juures otsustati avada kolmeaastase õppeajaga ödede kool, mille juhatusse valiti ka

arstiteaduskonna dekaan. Kroonikast selgus veel huvipakkuv fakt, et Tallinna hipodroom hakkas oma sissetulekutest eraldama kindla protsendi Eesti Laste- kaitse Ühingule.

31. jaanuaril 1925 valis ajakirja toim- kond «Eesti Arsti» teiseks tegevtoime- tajaks A. Valdese.

Originaaltöödest väärivad märkimist E. Saareste «Kuulmisvõime proovimine eestikeelse kõne abil», K. Schlossmanni «Uemad andmed pahaloomuliste kas- vajate etioloogiast» ja V. Vadi «Kooli- arstilised uurimised Tartu linna kooli- des ja nende antropoloogilisest ja hü- gieenilisest tähtsusest».

Ajakirja V aastakäigus on kajasta- mist leidnud mitu märkimisväärset sündmust. Nii toimus 21... 29. juulini 1926 Tartus XVIII ülemaailmne kars- kuskongress, mille korraldustoimkonna esimeheks oli prof. P. Pöld ja sekretä- riks mag. V. Ernits. Paljude seksioo- nide hulgas töötas ka arstide seksioon, kus Eesti arstiteadlastest esinesid L. Puusepp, S. Talvik, A. Paldrock, A. Rammul. Kongressiks ilmus «*Quaes- tiones alcoholismi et narcomaniae*» I köide prof. L. Puusepa toimetusel ja Eesti Karskusliidu väljaandel.

Ülikooli nõukogus kinnitati arstitea- duskonna uus õppekava, millega õppe- aeg pikenes 12 semestrile; lisandus nn. praktiline aasta (9 kuud) kliinikutes. Et üha rohkem kurdeti arstide ülepro- duktsiooni üle, siis teatas dekaan K. Ko- nik, et edaspidi piiratakse arstiteadu- skonda astujate arvu 50-ga. Spordiar- stide liidu asutamise mõtte algatajaks oli dr. H. Jürgenson.

Vabariigi valitsus otsustas tervishoiu kaitse alla võtta sellised suvituskohad nagu Pärnu, Elva, Munamägi, Sillamägi ja Meriküla. 30. jaanuaril 1926 avati Tallinnas esimene Eesti erakliinik, mille juhatajaks sai dr. V. Kull.

27... 28. novembrini 1926 toimus Tartus V Eesti arstidepäev. Silma tor- kas teade Tartu Ülikoolist: füsioloogia ja füsioloogilise keemia professoriks valiti senine Zürichi Ülikooli profes- sor Alfred Fleisch, kellele anti luba pi- dada loenguid saksa keeles.

1926. aasta märtsis surid Tallinnas kaks tuntud arsti, Tartu Ülikooli kas- vandikku: silmaarst Max von Midden- dorf, akadeemik Alexander von Mid- dendorfi poeg, ning professor W. Zoega von Manteuffel. Viimase kirurgioskusi hinnati Vene-Jaapani sõja järel keisri auhuarsti nimetusega.

Ajakirja novembrinumber on pühen- datud Vene keisrite Nikolai I ja Alek- sander II eestlasest ihuarstile *dr. med.* Philipp Karellile, tema 120. sünniaasta- päevale ja temale maailmakuulsuse too- nud piimravi kohta artiklite publitseerimise 60. aastapäevale.

29. augustil 1926 avati Võrus dr. F. R. Kreutzwaldi mälestussammas, mille oli loonud skulptor A. Adamson.

Jaoskonnaarstide Seltsi algatusel toi- musid 20. oktoobrist 24. novembrini 1926 Tartu Ülikooli juures juba viien- däd jaoskonnaarstide täienduskursused.

Ilmus kõrget hinnangut andev prof. R. Wanachi retsensioon arstiteaduskon- na dotsendi John Blumbergi käsiraa- matu «*Lehrbuch der Topographischen Anatomie*» kohta (Berlin—Wien, 1926). Retsensent pidas teost auks ja iluks Tar- tu Ülikoolile.

16. detsembril 1926 võttis Riigikogu vastu «Suguhaiguste vastu võitlemise seaduse». Aastakäigu lõpul toodi ära IV Eesti arstidepäeval 30. juunist... 1. juulini 1925 Haapsalus esitatud ette- kannete resümeed.

1927. aastal ilmus esimene eestikeelne «Arstline Kalender», mis sisaldas roh- ket teavet arsti igapäevatööks. Endi- selt tegi muret arstide üleproduktsoon. Arstideseltside Liidu arvamuse kohaselt oleks olnud küllaldane, kui iga aasta lõpetaks ülikooli 30 arsti. Tartu Arstide Selts tunnistas vajalikuks asutada arst- liku nõuandepunkti abiellujatele. See avatigi 1. novembril 1927.

Ajakirja toimetis esitas nende kodu- ja välismaa ajakirjade nimestiku, mil- lega toimus väljaannete vahetus (43 aja- kirja). Avati rubriik «Tehnilised uudi- sed». Ajakirja oktoobrinumbris oli juht- kohal Eesti Arstideseltside Liidu juha- tuse esimehe *dr. med.* Juhan Luiga mä- lestusele pühendatud nekroloog.

1. märtsil 1927 avati prof. A. Rauberi 10. surma-aastapäeval hauasammas ülikooli surnuaial ja mälestustahvel Vana Anatoomikumi ringauditooriumis.

Ülevaatest Eesti Tervishoiu Muuseumi tegevuse kohta selgus, et kitsastes oludes oli 200 m² näitusepinnal avatud järgmised osakonnad: inimese kehaehitus ja tegevus, hammaste tervishoid, toitumine, ema ja lapse tervishoid, tuberkuloos, suguhaigused ja nende tekitajad, riietuse tervishoid, esmaabi, alkoholiküsimus, koolitervishoid, tööstustervishoid, rahvameditsiin ja tehnilis-arstiteaduslik osakond. Korraldati rändnäitusi koos selgitavate loengutega.

Väliskroonikas ilmus ülevaade Moskvas toimunud ülevenemaalisest arstide kongressist. Selgus, et Nõukogude Venemaal oli arsti kuupalk 1926. aastal 86 rbl. ja 1927. aastal 92 rbl. (inseneril 160 rbl.); töötajate arv oli 4188 arsti, peamiselt naisarstid.

VI Eesti arstidepäev toimus 27...28. augustini 1927 Viljandis. 16. detsembril 1927 võttis Riigikogu vastu «Rahva tervishoiu korraldamise seaduse». Selles olid kindlaks määratud Tervishoiu- ja Hoolekandevalitsuse, riigi tervishoiunõukogu, maa- ja linnavalitsuste, maaning linnaarstide tervishoiualased õigused ja kohustused.

15. aprillil 1928. aastal arutas Eesti Arstideseltside Liit põhjalikult «Eesti Arsti» tegevust. Peeti otstarbekaks, et ajakirja juures töötaks kaks toimetajat. S. Talvik toimetas rubriike «Originaalartiklid», «Arstindus», «Ülevaated» ja «Välismaalt», A. Valdes aga «Referaadid», «Arstideseltside protokollid», «Ametlikud teadaanded» ja «Kroonika». Leiti, et ajakirjal oli teha suur töö eesti arstiteadusliku keele arendamisel, keeleuenduslik suund kiideti heaks. Kurdeti Tallinna arstide vähese kaastöö üle. Sellele vastasid mõne haigla juhatajad, et üheks vähese kaastöö põhjuseks on see, et arstid ei valda arstiteaduslikku eesti keelt. Ajakirja toimetaja arvates võiks originaaltööde maht olla kuni üks trükipoogen. Resümeed võis kirjutada saksa, prantsuse või ing-

lise keeles. Samal koosolekul valiti Eesti Arstideseltside Liidu juhatajate uueks esimeheks dr. M. Püümann.

Eesti Arstideseltside Liit ostis Eesti Tervishoiu Muuseumile maja Tartus Pepleri tänav 32 (hiljem Kindral Põdra, nüüd R. Pälsoni). Muuseum avas oma osakonna ka Tallinnas Vana-Pärnu mnt. 19a.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna kehalise kasvatuse osakond nimetati ümber instituudiks ja selle juhatajaks määrati dr. med. B. Jürgens.

1928. aasta Nobeli preemia arstiteaduse alal määrati prof. C. Nicolle'ile; üheks preemia kandidaadiks oli ka prof. A. Paldrock.

VII Eesti arstidepäev peeti 29...30. juulil 1928 Pärnus. **Eesti arstide foorum esitas soovitusi nõuda kõigilt arstidelt seaduse alusel riigikeele oskust.**

Prof. L. Puusepp lõpetas nekroloogi oma õpetaja prof. V. Behterevi mälestuseks sõnadega: «Inimkond ei unusta sind mitte!», 1928. a. ilmus Tartus prof. L. Puusepalt käsiraamatu väärtusega ja omaaegses arstiteaduslikus kirjanduses ainulaadne «Die Tumoren des Gehirns, ihre Symptomatologie und operative Behandlung».

18. novembril 1928 asutati prof. L. Puusepa algatusel Eesti Rahvuslise Hingeelu Tervishoiu Komitee, mille ees-

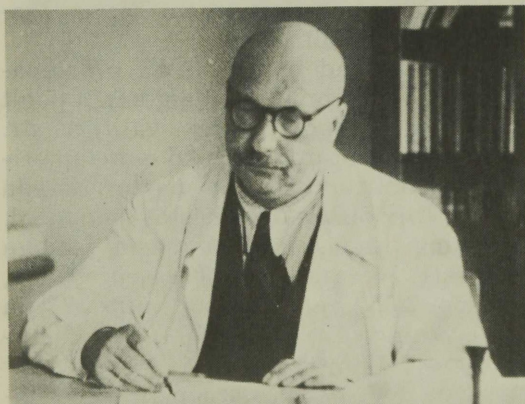


Foto 3. Prof. Herbert Normann, kes ajakirja «Eesti Arst» toimetuses töötas aastail 1924...1944, 1925. aastast alates toimetuse sekretärasjaajajana.



Foto 4. Meditsiinidoktor Juhan Luiga, Eesti Arstideseltside Liidu esimees aastail 1921...1927.

märgiks oli eesti rahva vaimse ja hingelise tervise parandamine ühes närvi- ja vaimuhaiguste vastu võitlemise ning ärahoidmisega.

29. septembril 1928 avati dr. F. R. Faehlmanni hauamonument Tartus Jaani koguduse kalmistul.

Kroonikateadete hulgas oli tähelepanuväärne Tallinna Keskaigemaja poolt prosektori kandidaadiks valitud dr. R. Rootsile esitatud nõuded enne ametikohale kinnitamist: üks aasta töötada Tartu Ülikoolis ja kaks aastat välismaal.

Saame teada, et 1927. aasta seisuga oli Eestis 838 arsti, nendest eestlasi 461, sakslasi 205, venelasi 63, juute 73 ja muust rahvusest 21. 10 000 inimese kohta oli Eestis keskmiselt 7,6 arsti (Soomes 2,5, Rootsis 3,0, Lätis 5,2, Prantsusmaal 5,9, Saksamaal 6,6), Tallinnas aga näiteks 18,0.

1928. aastal ajakirjas ilmunud originaaltöödest tuleb mainida J. Rivese

«Neuro-asteeniline sündroom», A. Taumi «Silma välislihaste operatiivsest ravimisest», A. Aljaku ja A. Liini «Tallinna piima tervishoid» ja A. Linkbergi «Täheldusi Tartu Ülikooli Hospitaalhaavakliinikus olnud teetanuse juhtudest ja teetanuse ravimisest üldse» ning «Sugemeid *ulcus ventriculi* kohta».

13. detsembril 1928 toimunud valimiste tulemusena sai alates 1. jaanuarist 1929 «Eesti Arsti» vastutavaks ja tegevtoimetajaks A. Valdes. Et ajakirja toimetus pidas oluliseks levitada «Eesti Arsti» arstiteaduse üliõpilaste hulgas, tehti nendele ajakirja omandamisel hinnaalandus.

14. aprillil 1929 avati Eesti Tervishoiu Muuseum oma majas Tartus Pepleri tänav 32. Avakõne pidas muuseumi nõukogu esimees prof. A. Lüüs.

Prof. L. Puusepp valiti Portugali Teaduste Akadeemia liikmeks ja Vilno Ülikooli audoktoriks, hiljem ka Torino Arstiteaduste Akadeemia kirjavahetajaliikmeks ja Padua Ülikooli audoktoriks. Prof. A. Paldrocki autasustati Ungari II järgu ristiga.

VIII Eesti arstidepäev toimus 31. augustist 1. septembrini 1929 Võrus. Teiste ettekannete seas innustas kaasa elama *dr. med. C. Prima* esinemine teemal «Miks labaneb meil arstiline mõtlemisviis».

16. septembril 1929 suri «Eesti Arsti» kaasasutaja ja esimene toimetaja, kohtuarstiteaduse professor S. Talvik.

Ajakiri avaldas dr. H. Alveri sulest huvipakkuvaid andmeid Eesti arstkonna kohta seisuga 1929. aasta jaanuar. Eestis oli 844 arsti, nendest eestlasi 491, sakslasi 189, juute 74, venelasi 67, soomlasi 6, lätlasi 4, ukrainlasi 3, poolakaid 3, rootslasi 2, prantslasi 2, ungarlasi 1 ja armeenlasi 1. Enamik arste olid 25...45-aastased. Aastatel 1918...1928 oli Eesti arsti keskmiseks elueaks 50,6 aastat, rahvuste järgi aga oli see sootuks erinev — eestlastel 40,2, sakslastel 57,6 ja venelastel 58,0 aastat. Surma põhjustena domineerisid nakushaigused ja infarkt, vähem tähtsad olid vähktõbi ja insult.

Alates 1930. aastast hakkas «Eesti Arsti» uue kodukorra järgi ajakirja toimkond koosnema 7 liikmest: kahest alalisest — vastutav toimetaja ja toimetuse sekretär — ning viiest valitavast liikmest, kelle Tartu Eesti Arstide Selts valis kolmeks aastaks.

18. mail 1930 avas Tartu Ülikooli rektor prof. J. Köpp Toomemäel *dr. med.* F. R. Faehlmanni mälestussamba. 24. juunil 1930 avati aga Haapsalus *dr. med.* K. A. Hunniuse mälestussambas.

Ajakirjas ilmus põhjalik ülevaade Tartus uutes ruumides avatud Eesti Tervishoiu Muuseumist, mida peeti Baltimaade üheks paremaks. Muuseumil olid oma laboratooriumid ja töökoad.

Tartu Ülikooli üldpatoloogia ja patoloogilise anatoomia korraliseks professoriks valiti *dr. med.* A. Valdes, ajakirja «Eesti Arst» toimetaja.

IX Eesti arstidepäev peeti 27...28. septembrini 1930 Tallinnas. Selle resolutsioonides on muu hulgas öeldud, et tervis on kasvatuse esimene ülesanne. Õpetajaid tuleb põhjalikult ette valmistada tervishoiu alal. Tütarlastekoolide viimaste klasside programmi tuleb võtta kodu-, imiku- ja lapsetervishoid. Tervishoidu peab õpetama ainult arst.

Alates 1. märtsist 1931 töötas arstiteaduskonna dekaanina prof. A. Lüüs. Ühtlasi teatas Tartu Ülikool, et arstiteaduskonda astujatelt nõutakse kahe võõrkeele oskust.

Hakkas maksma uus arstiabikorraldus riigiteenistujatele, mille alusel tasus riik väikesepalgalistele 50% ja kõrgemapalgalistele 25...40% ravikuludest. Ilmus teade, et Saksamaal oli elanikele välja antud tervisepass. Selle omamine oli vabatahtlik, kuid üldiselt oldi seisukohal, et tervisepass aitab suuresti tõsta inimeste huvi oma tervise vastu.

Eesti Arstideseltside Liidu koosolekul 10. mail 1931 arutati Arstide Koja asutamist. See asutus pidi saama arstide ametlikuks esindajaks riigis, selle kohustuseks pidi olema arstide huvide kaitsmine, omavaheliste suhete reguleerimine, arstide õiguste ja au taga-

mine. Sellesse organisatsiooni pidid kuuluma kõik Eestis praktiseerivad arstid.

30. augustil 1931 valiti Eesti Arstideseltside Liidu juhatuse esimeheks dr. A. Lübek.

Arstinduse rubriigis on analüüsitud kutseküsimust järgmiselt: selleks, et tegutseda kasulikult meditsiini kui teaduse huvides, peab tegevarst oma ülimaks ideaaliks seadma vabaduse, tema ülimaks eesmärgiks peab olema haige ja tema tervekssaamine. Arsti ülimaks püüdeks olgu, et tema diagnoos, prognoos ja veel vähem teraapia ei oleks mõjutatud mingist muust kaalutlusest kui ainult eespool toodust. Arsti majanduslik vabadus ja iseseisvus peaks olema üheväärne tema eetilise vabadusega. Vastasel korral muutub haige suurel määral katsealuseks või lubamatuks tuluallikaks, nagu seda tihti on tasuta arstiabi saajad, ja lõpuks võib arst isegi ühiskonnale kardetavaks muutuda.



Foto 5. Prof. Voldemar Vadi, Eesti Arstideseltside Liidu esimees aastail 1936...1937.

1931. aastal oli Eestis 10 000 inimese kohta 8,0 arsti (linnas 20,9 ja maal 3,0); kõrgeimad näitajad olid Petseris — 39,1 ja Tartus — 35,0. Arste oli 903, hambarste 215, rohuteadlasi 326, õdesid 470 ja ämmaemandaid 379.

4. märtsil 1932 kinnitas Riigikogu «Tervishoiu personali kutsetegevuse seaduse», kus muu hulgas oli kehtestatud, et **arsti, õe ja rohuteadlasena on õigus töötada neil, kes kuuluvad vabariigi kodakondsusesse ja valdavad riigikeelt.** Masseerijad võisid töötada ainult arstide juhendamisel ja vastutusel.

Tartu Ülikool teatas, et iga ülikooli lõpetanu läheb riigile maksma 5440 krooni. 1932. aastal õppis arstiteaduskonnas 533 üliõpilast (mehi 287, naisi 246), neist oli eestlasi 66,3%.

Ilmusid H. Normanni ja A. Lüüsi ülevaated Tartu Ülikooli arstiteaduskonna ajaloo kohta aastail 1632...1932. Tartu Ülikooli 300. aastapäeva puhul valiti ülikooli audoktoriteks arstiteaduse alal G. Liljestränd Stockholmist, L. Martin Pariisist, H. H. Meyer Viinist, A. Birch-Hirschfeld Königsbergist ja L. Krynski Varssavist. Farmakoloogiainstituudi välisseinal avati prof. R. Buchheimi mälestustahvel.

Hispaania Püha Laatsaruse Ordu anetas prof. A. Paldrockile Kuldristi ja Ordutähe leeprahaigete abistamise eest. Uppsala Ülikool valis prof. A. Paldrocki oma audoktoriks.

24...25. septembrini 1932 peeti Tartus II Eesti arstidekongress.

20. märtsil 1933. a. alustati Tartu Ülikooli valitsuse korraldusel üliõpilaste kohustuslikku arstlikku läbivaatlust. Ühtlasi otsustati hakata nõudma ülikooli astujatelt arstitunnistust tervisliku seisundi kohta.

2...4. juunini 1933 korraldati Šveitsis I rahvusvaheline üliõpilas- ja spordiarstide konverents, kus 13 riigi hulgas oli esindatud ka Eesti. Konverentsi resolutsioonis nõuti kehalise kasvatuse õppeplaani võtmist ja üliõpilaste tervisepassi sisseseadmist.

XI Eesti arstidepäev korraldati 29...30. juulini 1933 Narvas.

21. märtsil 1934 asutati Vähi Vastu Võitlemise Selts Eestis, mille esimeheks valiti prof. A. Valdes, abiesimeheks A. Linkberg ja sekretäriks U. Karell. Küllalt innukalt tegutses Akadeemiline Arstiteaduse Selts, mille esimeheks oli samuti prof. A. Valdes. 1934. aastal valiti arstiteaduskonna dekaaniks prof. K. Schlossmann.

Ajakiri avaldas arstidele läbiarutamiseks «*Codex deontologicus'e*» projekti ning Tervishoiu- ja Hoolekandevalitsuse määruse, mille alusel keelati arstidel homöopaatiliste ravimite kasutamine. Ajakiri refereeris sagedamini teaduskirjutisi Saksa, Prantsuse, Skandinaaviamaade ja Nõukogude Venemaa arstiteaduslikest ajakirjadest.

28...29. juulil 1934 toimus Kuresaares XII Eesti arstidepäev.

8. detsembril 1934 kinnitas riigivanim oma dekreediga Arstide Koja seaduse. Arstide Koda alustas tööd 1. juulil 1935 ning selle esimeheks valiti dr. A. Lübek.

1934. aasta andmetel oli Eesti suremuse poolest (14,1) Euroopas seitsmendal kohal. Eestis oli 63 riigi-, omavalitsuse ja erahaiglat 4455 voodikohaga ning 72 ambulatooriumi. Sündimus oli sel aastal 15,4. Surma põhjustena oli esikohal raukusnõutus (18,8%), teisel kohal nakkushaigused (16,1%), kolmandal südame- ja veresoonehaigused (11,5%), neljandal närvisüsteemahaigused (10,3%) ja viiendal kohal kasvaja (8,5%). Eestis oli 10 000 inimese kohta 8,5 arsti (linnas üks arst 440 ja maal 3353 elaniku kohta).

27. septembril 1935 kiitis valitsus «Tervishoiu ala arendamise kava lähema kuue aasta jooksul (1936...1942)» heaks.

Alates 1935. aastast toimus vastuvõtt arstiteaduskonda võistluseksamitega; võistluseksamiteks määrati eesti keel (kirjalik) ja loodusteadus (botaanika ja zoologia).

30. mail 1935 toimus Tallinnas II üleriigiline kooliarstidepäev, kus rõhutati kooliarstide tähtsat osa õppetöö normaalsel korraldamisel ning nõuti põhi-

kohaga kooliarstide ametisse määramist.

Tartu Ülikooli lõpetanud Vene Üliõpilaste Seltsi liikmete ühendus korraldas 3. novembril 1935 Tartus teaduskoosoleku prof. N. Pirogovi 125. sünniaastapäeva tähistamiseks. Venekeelsete ettekannetega esinesid professorid L. Puusepp, E. Masing, M. Bresowsky jt.

1935. aastal Eesti Naisliidu poolt asutatud Kodumajanduse Instituut hakkas teiste hulgas ette valmistama ka sotsiaalassistente, kes võisid töötada nii vanade- ja lastekodudes, emade- ja lastenõuandlates kui ka arstiabilistena.

3...4. augustini 1935 toimus Rakveres XIII Eesti arstidepäev. 1935. aastal kolis uutesse ruumidesse Narva mnt. 4a Eesti Tervishoiu Muuseumi Tallinna osakond.

Ajakirjas tutvustasid lugejaile vaimuhaigusi ja vaimutervishoidu K. Toomingas, H. Viinapuu, T. Soans, M. Bresowsky, kroonilise alkoholismi ravi E. Karu ning arstlikku kohtuseadlusandlust H. Madisson.

17. mail 1936 valiti Eesti Arstideseltside Liidu uueks esimeheks W. Wadi. Samas valiti Rahvusvahelise Geograafilise Patoloogia Seltsi Eesti komitee esimeheks A. Valdes.

Ajakirjas avaldati Arstide Koja nõukogu poolt 9. veebruaril 1936 vastuvõetud «*Codex Deontologicus Medicorum*», mis fikseeris arstide kutsetöö põhiseisukohad. Koodeks hakkas kehtima 22. oktoobril 1936. III üleriigiline kooliarstidepäev, mis oli pühendatud tuberkuloosiprobleemile, peeti Tartus 18...19. aprillil 1936. aastal.

26...28. juunini 1936 toimus Tallinnas Soome-Ugri kultuurikongress, mille raames töötas ka arstiteaduse sektsioon.

II Eesti Punase Risti kongress toimus Pärnus 5. juulil 1936. aastal. Sama aasta sügisel hakkas ilmuma Eesti Punase Risti oma ajakiri «Eesti Punane Rist».

3. augustil 1936 suri teenekas kirurg ja õppejõud prof. Konstantin Konik.

XIV Eesti arstidepäev peeti 15...16. augustini 1936 Haapsalus.

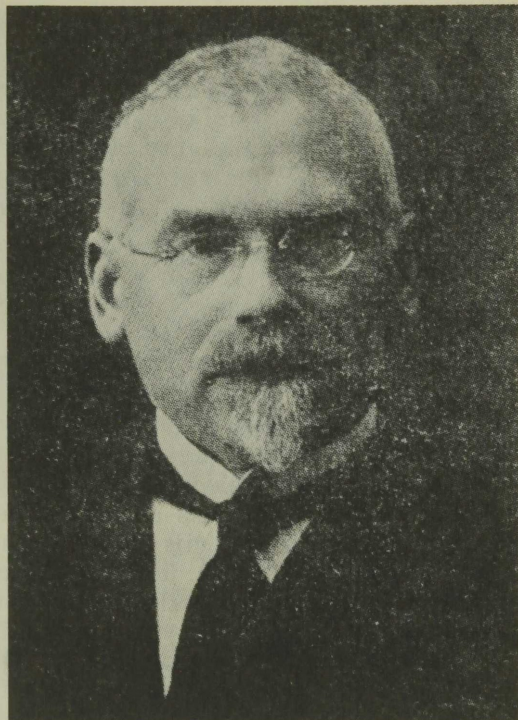


Foto 6. Prof. Aadu Lüüs, Eesti Arstideseltside Liidu esimees aastail 1937...1940.

Ajakirja XV aastakäigu kaalukamateks originaaltöödeks võib pidada R. Kleistmanni «Menstruatsioonihäirete hormonaalsest ravist», A. Poomani «*Alopecia ravist*» ja E. Masingu «Koronaartromboos ja sellele eelkäivad nähud».

«Eesti Arsti» XVI aastakäik teatas, et 7. veebruaril 1937 valiti Eesti Arstideseltside Liidu esimeheks A. Lüüs. Ülikooli arstiteaduskonna dekaaniks valiti 1. märtsil 1937 prof. W. Wadi. 5. jaanuaril 1937 valiti Rahvuskogu Teise Koja liikmeks Arstide Koja liige prof. K. Schlossmann.

XV Eesti arstidepäev korraldati 21...22. augustini 1937 Viljandis. IV üleriigiline kooli- ja lastearstidepäev toimus 30...31. oktoobri 1937 Tartus. Põhiliselt käsitleti seal laste nakkushaiguste profülaktikat.

Üks ajakirjanumber oli pühendatud 25 aasta möödumisele Eesti arstkonna organiseerumisest Põhja-Balti Arstideseltsi ümber.

1937. aasta andmeil oli Eestis sündimus 16,1 ja suremus 14,7. Ajakirjas ilmunud originaaltöödest olid laiema haardega F. Lepa «Imiku mürgistusest suitsetava ema piimaga», W. Wadi «Kopsutuberkuloosi üldravist» ja P. Tease «Ülevaade haiguskindlustusest Eestis».

«Eesti Arsti» 1937. aasta viimastes ja 1938. aasta esimestes numbrites ilmusid ajaloolised ülevaated Eesti organiseeritud arstkonna 25-aastase tegevuse kohta. 1. jaanuaril 1938 hakkas kehtima uus ülikoolide seadus. Selle alusel määras vabariigi president rektori ametisse viieks aastaks; prorektorid valiti kolmeks ja dekaanid kaheks aastaks. Teadustöö tegemiseks võis viis aastat töötanud õppejõu vabastada üheks aastaks praktilisest õppetööst. Vähemalt seitse aastat töötanud dotsendi võis valida tittulaarprofessoriks. Ülikooli õppeprogrammi võeti sõjalised õppeained. Arstiteaduskonna üliõpilaste edasijõudmise kohta võib öelda, et 50 vastuvõetust jõudis III kursusele tavaliselt 30 ja täieliku kursuse lõpetas 18... 29 inimest.

Alates 14. veebruarist 1938 hakkas kehalise kasvatuse instituuti juhatama prof. M. Tiitso. I Soome-Balti arstidepäev toimus Helsingis 26... 27. augustini 1938.

Et naaberriikides hakkas lastehalvatus tõve levik võtma epideemia iseloomu, hoiatati selle võimaliku leviku eest ka Eestis.

28. jaanuaril 1938 asutatud Eesti Teaduste Akadeemia liikmeskonda nimetas vabariigi president ka kolm arstiteadlast: professorid A. Paldroki, L. Puusepa ja K. Schlossmanni. Prof. K. Schlossmann määrati esimeseks Eesti Teaduste Akadeemia presidendiks viieks aastaks.

1938. aasta seisuga oli Eestis sündimus 16,3 ja suremus 14,6.

«Eesti Arsti» XVIII aastakäik algas pühendusega Eesti arstinduse teerajajale ning kõrva-, nina- ja kurguhaiguste erialale alusepanijale Tartu Ülikoolis, prof. emer. dr. med. Henrik Koppelile tema 75. sünnipäeva puhul.

22. märtsil 1939 ilmus arstide-eriteadlaste kutsekorralduse määrus, mis määras kindlaks 16 eriala koos kitsamate spetsiaalsustega, mille omandamiseks oli täiendavalt ette nähtud kaks-kolm aastat. Otsuse eriarstiks tunnistamise kohta langetas Arstide Koja juhatus.

1. aprillil 1939 alustas Elvas tegevust Emade Puhkekodu, mille ülesandeks oli kosutuse võimaldamine puhkust vajavatele emadele üle riigi.

Ülikooli arstiteaduskonna kroonika hulgas teatas riigikaitse õpetuse instituudi juhataja, et üliõpilased ei saa lõpetada ülikooli enne, kui nad on täitnud kõik õppekavas nõutavad kohustused riigikaitse õpetuse alal.

21... 22. juulini 1939 Pärnus toimunud XVII Eesti arstidepäeva ettekannetest selgus, et Pärnu oli tõusnud rahvusvaheliselt esinduslikuks kuurordilinnaks, kus igal aastal peatus pikemat aega umbes 6000 puhkajat. Välismaalasi oli enam kui 20 rahvusest, neist käisid Pärnus sagedamini rootslased, soomlased, lätlased, sakslased, taanlased, inglased.

1939. aastal hakkas Eestis kehtima uus arstivanne ning 19. detsembril 1939 uus «Tervishoiupersonali kutsetegevuse seadus».

«Eesti Arstile» kujunes pöördeliseks 1940. aasta. Jaanuaris avaldati «Ravi-asutuste määrus» ja veebruaris «Rahvatervishoiu korraldamise seadus». 1940. aasta algul oli Eestis 848 arsti.

Arstiteaduskonna dekaaniks valiti 1940/1941. õppeaastaks prof. G. Rooks. Arstiteaduskonna uut õppekava, mis kinnitati ülikooli nõukogus 7. mail 1940, on põhjalikult analüüsinud prof. A. Valdes.

Ajakirja mai- ja juuninumbrite teemaks on tuberkuloos. Ülevaaticlik on ka P. Parmaksoni «Leepra endeemia areng ja praegune seisund Eestis». Originaaltööde resümeed hakkasid alates 1940. aasta oktoobrist ilmuma vene ja saksa keeles.

27. juulil 1940 vastuvõetud dekreediga likvideeris vabariigi president Arstide Koja alates 6. augustist 1940.

Foto 7. Ajakirja «Eesti Arst» toimetus 1937. aastal. Esireas vasakult: H. Normann, A. Valdes ja W. Wadi; teises reas: S. Lind, E. Saareste, V. Hiie ja S. Raudsepp.



25. augustil kinnitati tervishoiu rahvakomissariks dr. Viktor Hion. Sama aasta 15. septembril likvideeriti Eesti Arstiseltside Liit. Ajakiri «Eesti Arst» soovitati üle anda RK «Teaduslik Kirjandus» valdusse ning jätkata selle väljaandmist sama nime all. Alates 1940. aasta oktoobrinumbri oli «Eesti Arsti» väljaandjaks RK «Teaduslik Kirjandus».

«Eesti Arsti» andmetel promoveerus arstiteadusedoktoriks Tartu Ülikooli arstiteaduskonna nõukogus aastatel 1922...1940 71 Eestimaa arsti. Nendest võib nimetada tänasele Eesti arstide keskmisele ja eeskätt vanemale põlvkonnale tuntud arste ja ülikooli õppejõude, nagu A. Valdes (6. V 1922), A. Lüüs (18. XI 1922), F. Lepp (1. III 1924), V. Vadi (24. IV 1924), E. Saareste (10. XII 1924), M. Nõges (15. X 1925), R. Bernakoff (20. V 1927), U. Karell (16. V 1928), H. Normann (15. XII 1928), A. Linkberg (28. XI 1929), E. Aunap (23. V 1930), G. Rooks (7. V 1932), M. Kask (30. XI 1933), E. Käer-Kingisepp (22. IX 1934), G. Kingisepp (2. XII 1936), E. Karu (2. XI 1939).

Aastail 1922...1940 ilmunud «Eesti Arsti» kultuurilooline ja nüüdseks ka meditsiniajalooline väärtus on vaieldamatu. «Eesti Arst» asus jätkama neid traditsioone, millele olid aluse pannud tema mitte vähem tuntud eelkäijad. Oli ju üldse eestikeelse ajakirjanduse

esmikuks olnud Põltsamaa arsti Peter Ernst Wilde poolt väljaantud ja Põltsamaa pastori A. W. Hupeli poolt eesti keelde tõlgitud arstiteaduslik ajakiri «Lühhike õpetus...». Järgmisteks katsetusteks arstiteadusliku ajakirjanduse valdkonnas olid dr. F. R. Kreuzwaldi poolt 1848. aastal väljaantud «Ma-ilm ja mõnda, mis seal sees leida on» ja dr. P. Hellati poolt 1894. aastal väljaantud «Tervise õpetus» ning 1903. aastal dr. H. Koppeli poolt alustatud ja kõige kauem ilmunud ajakiri «Tervis».

«Eesti Arsti» vaieldamatuks teeneks tuleb pidada Eesti arstkonna koondamist ja mõtteühtsuse kujundamist, arstiteadusliku mõtte ja uurimisvaimu süvendamist arstkonnas, eesti arstiteadusliku oskuskeele kujundamist ja viimistlemist, teaduskirjutiste vormistamise stiili kujundamist, arstiteaduse saavutuste levitamist ja uusimate ravimite, ravimise võtete tutvustamist Eesti arstide seas ning seeläbi meie rahvusliku arstikunsti viimist kõrgele rahvusvahelisele tasemele.

«Eesti Arstis» kajastus kõik see, mida Eesti arstkond nendel aastatel saavutada jõudis. Põhjalikult uuenes eesti arstiteaduslik oskuskeel, ajakiri oli ka oskuskeele täienduste elluviija. Mitmed sõnad ja mõisted, mida esmakordselt «Eesti Arstis» kasutama hakati, leidsid tee ka rahvakeelde.

Kujunes välja teadustööde vormistamise stiil: avaldatud originaaltöödele oli omane mõtte väljendamise lühidus, lihtsus ja loogilisus, ühemõttelisus ning esitatu täpsus.

Rahvusvaheline hinnang eesti meditsiinkultuurile tugines küllalt suures osas sellele, mida avaldas «Eesti Arst». Originaaltööde saksa-, prantsus- ja ingliskeelsed resümeed olid põhjalikud ning heatasemelised.

Tunnustus Eesti arstiteadusele tuli eeskätt selle kaudu, mille Eesti arstkond oli suutnud muuta elujõuliseks ja tulevikku püüdlevaks omal maal ning mis leidis leviku maailma «Eesti Arsti» kaudu.

Summary

The journal «Eesti Arst» between 1922 and 1940. The first issue of the medical journal «Eesti Arst» ("Estonian Doctor") came out on December 2, 1921. Its first editor-in-chief was S. Talvik and the editorial staff included a number of outstanding medical scientists: K. Konik, A. Lüüs, L. Puusepp, A. Rammul, K. Schlossmann and A. Valdes. Since January 1, 1929 A. Valdes was the journal's editor-in-chief. «Eesti Arst» was of immense cultural and historic value and it was a great help in consolidating Estonian medical profession, expounding advanced medical ideas, stimulating research initiative, developing Estonian medical terminology, promoting medical cooperation and elucidating advances in medicine, both in Estonia and in the world.

Резюме

«Эстонский врач» 1922...1940. Первый номер медицинского журнала «Эстонский врач» вышел 2 декабря 1921 г. Его первым редактором был С. Тальвик, в состав редколлегии входили выдающиеся эстонские ученые-медики того периода К. Коник, А. Люйс, Л. Пуусепп, А. Раммул, К. Шлосман и А. Валдес. Начиная с 1 января 1929 г. редактором журнала был А. Валдес. Журнал «Эстонский врач» имеет большую культурно-историческую и медицинскую ценность. Заслуги журнала состоят в объединении врачей Эстонии, ознакомлении их с новейшими достижениями медицины, формировании и обновлении эстонской медицинской терминологии и популяризации достижений эстонской медицинской науки в международном масштабе.

UDK 614(474.2)

Spetsialiseerumine ja integratsioon tervishoius

Laur Karu · Tallinn

Üld- ja spetsialiseeritud arstiabi, täiendusõpe, arstietika

Viimastel aastakümnetel on tervishoiu areng Nõukogude Liidus, sealhulgas Eesti NSV-s, toimunud põhiliselt samade seaduspärasuste alusel nagu teisteski rahvamajanduse harudes, s.o. tugeva tsentralisatsiooni ja ekstensiivarengu nõuete järgi. See on teinud meditsiini ka meie vabariigis suhteliselt suuremahuliseks, väheefektiivseks ja vaaseks. Seega on saadud soovitud vastupidine tulemus, mis väljendub selles, et vaatamata arstide ja voodikohtade arvu pidevale suurenemisele pole rahva tervises saavutatud olulist paranemist. Eriti torkab see silma, kui võrrelda meie pingutusi ja tulemusi naaberriikides Soomes, Rootsis ja mujal tehtu ning saavutatuga.

Järelikult oleme aastaid teinud midagi valesti ja praegu on viimane aeg selgusele jõuda, mida ja kuidas peame tegema edaspidi. Jätkata tegevust senises uljas stiilis on hukatuslik, eriti arvestades praegust ja lähiaastail ees seisvat üldriiklikku majanduslikku maldaiseisu.

Just majanduslikku olukorda silmas pidades peame oma elu korraldama ratsionaalselt ja otstarbekalt. Meie madalatest palkadest, moodsa aparatuuri ebapiisavusest ja ravimite nappusest on kõigil tasandil olnud korduvalt juttu. Nende küsimuste lahendamise tähtsust alahindamata tahaksin alljärgnevalt puudutada meie arstide sisulise töö mõningaid aspekte, ilma milleta ei anna ka hea aparatuur ja vajalikud ravimid soovitud tulemust.

Eelkõige on meil tarvis endile selgemaks teha spetsialiseeritud ja integreeritud meditsiini vahekord ning keskuste ja perifeeria suhted.

Kahtlemata ei suuda käesolev lühike kirjutus avada kõiki aspekte, kuid kutsub ehk kaasa mõtlema ja diskuteerima.

Kuigi deklaratsioonides on rõhutatud profülaktika ja ambulatoorse arstiabi primaarsust, üldarstlike oskuste süvendamise vajalikkust, patsientide huvide arvestamise tähtsust, on igapäevases elus läinud kõik omasoodu.

Oleme jõudnud selleni, et ülikoolis, kui mitte varem, siis subordinatuuris, jagunevad tulevased arstid kirurgideks, terapeutideks, neuroloogideks, psühhiaatriteks jne. See on seni tinginud kahjuks seda, et juba IV. . V kursusel kaotab enamik «spetsialiste» huvi teiste erialade vastu ja neid õpitakse ainult n.-ö. eksami jaoks.

Ülikooli lõpetavad ja asuvad pärast spetsialiseeritud internatuuri tööle juba kardiokirurgid, veresoontekirurgid, kardioloogid, nefroloogid jne., kellele on suur õnnetus, kui nad peavad tööle hakkama jaoskonnaarstidena.

Siit tuleneb juba psühholoogiline sättumus, mida kinnitab ka reaalne tegelikkus: arstide paremik on kitsama eriala spetsialistid — kui mitte statsionaaris, siis polikliinikus igatahes. Need, kellel pole kindlat eriala, töötavad jaoskonnaarstidena. Jaoskonnaterapeutide tegevust piirab tunnikoormus, peale selle on nad üle koormatud koduvisiitidega. Nad tunnevad enamikku erialasid «üldiselt», mistõttu püüavad vähimagi kahtluse korral suunata patsienti vastava spetsialisti juurde, et pärast mitte ise jääda vastutama või välja anda liiga palju töövõimetuslehti.

Asjaolu, et arstid on kindlalt jaotatud üldarstideks ja erialaarstideks, samuti eelkirjeldatud mentaliteet, mis väga tihti põhjustab patsiendi jooksutamist mööda spetsialiste, laboreid, diagnosti-

kakabinette, toob paratamatult kaasa halbu tagajärgi.

1. Haige muutub ravi subjektist meditsiinilise teenindamise objektiks, kellel puudub usaldusväärne raviarst.

2. Jaoskonnaterapeudi prestiiž on enamasti madal ja temalt ei oodatagi muud kui töövõimetuslehte või saatekirja kitsama eriala arsti juurde või uurimiskabinetti.

3. Kitsama eriala spetsialistid on üle koormatud haigetega, keda võiks ravida ka üldarst, ning seetõttu ei saa nad ka tõesti keerulist juhtu uurida ega ravida vajaliku põhjalikkusega.

4. Kõikvõimalikud läbivaatusi organiseerivad instantsid (sõjakomissariaat jt.) nõuavad tingimata kitsama eriala spetsialistide kohapealolekut läbivaatustel, mistõttu need arstid viibivad ligi pool aastat komisjonides, täienduskursustel.

See on olukord, mis tegelikult valitseb kogu meie linnade ja rajoonide polikliinilises võrgus, ning kõige rohkem kannatavad selle tõttu väiksemate rajoonide, linnade ja asulate elanikud, kes otsivad võimalust pääseda Tartusse või Tallinna, et sealt arstiabi saada. Samal põhjusel teevad ka meie stationaarid, kus ravi on ligikaudu 10 korda kallim kui polikliinikus, tavalist diagnostilist tööd, mida oleks võimalik teha ka ambulatoorselt — seda eelkõige patsientide närvide ja aja säästmiseks.

Poleks õige süüdistada kujunenud olukorras kangelaslikult töötavaid jaoskonnaarste, kes tihti on sattunud dispetšeri staatusse. Situatsiooni pole muutnud ka jaoskondade vähendamine ja palga tõstmine. Ilmselt tuleb üle vaadata süsteem, milles jaoskonnaarstid töötavad, ja niipalju kui võimalik muuta see inimsõbralikumaks nii arsti kui haige seisukohalt.

Alustada tuleb ülikoolist. Isegi õppeplaanide muutmata on tarvis minna diplomieelse ja internatuuriaegse spetsialiseerimise kaotamise suunas, et iga noor spetsialist saaks küllaldase tähelepanuga õppida kõiki eriala-

sid. Kahtlemata on paljudel välja kujunenud huvi mingi kitsama eriala vastu. Sellise huvi rahuldamiseks ja vastavate teadmiste omandamiseks on küllaldaselt võimalusi erialaringides ja õppetööväliselt.

Sügavam spetsialiseerumine diplomijärgselt parema üldarstliku ettevalmistuse baasil on ilmselt ainuke võimalus arsti kutseoskuste arendamiseks ja heade perekonnaarstide saamiseks.

Tugevam üldarstlik ettevalmistus võimaldab igal arstil end tunda kindlamalt ning hakkama saada näiteks radikuliidi ägenemise ja teiste küllalt laialt levinud haiguste asjakohase raviga. Juba arstitarkus ja kvalifikatsioon võimaldavad eristada neid juhte, mis nõuavad eriarstipoolset konsultatsiooni või ravi. Kahtlemata peab iga arst suutma ära tunda harva esineva või eluohtliku seisundi (näiteks «äge kõht», veresoone tromboos, liittrauma jne.), mis vajab viivitamatut spetsialiseeritud abi.

Jutt on ikkagi üldarsti kvalifikatsiooni tõstmisest. Ilmselt tuleb muuta ka meie täienduskursuste süsteemi, sest iga viie aasta järel korraldatavad pikad täiendusõppused samal erialal on osutunud väheefektiivseks ega suuda sageli lisada uut teavet. Läbitöötamist vajab ka arstide täiendavate erialade omandamine. See peab olema korraldatud nii, et arstide teadmiste diapasoon laieneks, et nad oleksid suutelised vajaduse korral üksteist vastastikku asendama. Oleks mõistlik organiseerida jaoskonnaterapeutidele süvendatud täiendusõppusi neuroloogia, gastroenteroloogia, kardioloogia, nefroloogia ja psühhiaatria erialal. Vaevalt, et üks täienduskursus teeb arstist kohe kitsa eriala spetsialisti, kuid sel moel süveneb tema eneseosalus ja suureneb vastutusvõime.

Selline süsteem

1) integreeriks erialasid tunduvalt paremini ning patsient leiaks endale kergemini usaldusväärse arsti, kelle nõuandeid ta ka tegelikult järgib;

2) vähendaks teravaid vahesid üld- ja eriarsti vahel ning kahtlemata suuren-

daks arstidevahelist usaldust ja kolleegiaalsust;

3) võimaldaks kitsa eriala spetsialistidel tegelda haigustega, mis tõesti nõuavad sügavamaid oskusi antud erialal, ning vabastaks nad konsultatsioonidest «igaks juhuks» või vähemalt vähendaks neid;

4) lubaks tegelikult hakata rääkima perekonnaarstist, kes teeb oma tööd nõutaval tasemel;

5) võimaldaks kvaliteetselt interpreteerida diagnoosimistulemusi ja langeda õigeid otsuseid patofüsioloogiliselt erinevate situatsioonide puhul.

Niisuguse süsteemi rakendamine nõuaks ka Tallinna ja Tartu statsionaarides tugevate üldteraapiaosakondade väljakujundamist, mis on eriti vajalik õppetöös ja täienduskursuste huvides.

Lisaks erialade integreerimisele ravivõrgus tuleb meil lähemal ajal luua integratsioon teadustöö-, õppetöö- ja ravivõrgu vahel ning luua kompleksid, mis funktsionaalselt ühendaksid erialasid statsionaaris, polikliinikus ja järelravis.

Sama kehtib ka ühe elundsüsteemiga tegelevate terapeutiliste ja kirurgiliste erialade kohta. Aastakümneid tagasi seoses meditsiini diferentseerumisega tekkinud spetsialiseeritud terapeutilised ja kirurgilised erialad tuleb uuesti integreerida juba nüüdisaja tasemel. Mida see tähendab? Eelkõige seda, et tuleb omavahel saada heasse koostöösse näiteks gastroenteroloogia ja gastrokirurgia, kardiokirurgia ja kardioloogia, neurokirurgia ja neuroloogia ja teiste erialade arstid.

On selge, et kirurgia on kirurgia, kuid kõigile on samuti selge, et täna on mingi haige ravitav terapeutiliselt, homme võib-olla vajab ta aga kirurgilist ravi, edasi on ta jälle terapeutiliselt abistatav. Siin tuleb leida mõistlikud koostöövormid ja eelkõige kaotada veel tihti ilmnev psühholoogiline barjäär kirurgia ja teraapia vahel, samuti loobuda asjatust vaidlusest «kes on kõvem». Haiget tuleb abistada kolle-

giaalselt, sest igasuguse «mina»-printsiibist lähtuv vaidlus teeb haigele üksnes kahju.

Sama kehtib ka keskuste ja perifeeria arstide kohta. Meie rajoonides töötab väga palju tublisid ja kvalifitseeritud arste, kelle oskused ei jää millegi poolest alla paljude keskusearstide omadele. Samal ajal tuleb aru saada, et mitmete komplitseeritud juhtude abistamiseks ei jätku rajoonis vajalikku kaadrit ega materiaalseid võimalusi. Nii see on ja nii see ilmselt ka jääb. Seega on arstitarkus ja ausus ka see, et komplitseeritud haigusjuhu korral ei saadeta haiget keskusse mitte reede õhtul, kui seda oli vaja (võimalik) teha juba varem.

Arstieetika vastu käib see, kui spetsialistid keskuses teatavad rajoonist tulnud haigele, et selle rajooniarsti juures te oleksite küll surnud või sandiks jäänud.

Seega probleeme on meil palju ka omaenda kvalifikatsiooni ja eetika alal. Nende nägemiseks püüdkem end vaadata ka patsiendi silmade läbi, sest see näitab meile kätte nii mõnegi nõrga koha meie endi tegevuses. Pole ju mõtet oma eruditsiooni näitamiseks saata patsienti otsima ülidefitsiitset välismaist rohtu, kui vähegi kättesaadav kodumaine asendaja on olemas.

Peame kahjuks arvestama reaalsust, et ka aastal 1989 on veel paljust puudus, millest enam ammu ei tohiks puudust olla.

See nõuab meilt inimese tervise huvides tarka ja otstarbekat tegutsemist eelkõige meie endi kvalifikatsiooni ja teadmiste süvendamise kaudu erinevates ainevaldkondades, sest ainult nii saame tegelikult integreerida arstitarkuse.

Summary

Specialization and integration in health service. Extensively developed and centralized health service has created a number of disproportions in medical care. The departure of specialized medical care from general medical practices has

decreased doctors' self-reliance and qualifications. Casual consultations, "just in case", use up the consultant's stamina which is needed for a proper specialized medical care. Doctors' early specialization should be changed and postponed to post-graduate period. Our general practitioners stand in need of advanced training in a number of additional specialties. Training, scientific work and medical practice require integration into functional complexes which facilitate cooperation between physicians and surgeons, on the one hand, and between the centre and periphery, on the other.

Резюме

О специализации и интеграции в здравоохранении. Экстенсивное развитие и централизация здравоохранения обусловили появление ряда диспропорций в медицинском обслуживании населения. Сюда относится, в частности, чрезмерное разобщение специализированной медицинской помощи, врачей-специалистов и врачей общей сети здравоохранения, что повлекло за собой понижение квалификации и утрату веры в себя у врачей общей сети. Консультации «на всякий случай» с врачами-специалистами увеличивают нагрузку последних и не позволяют им полностью посвящать себя больным, лечение которых требует специализированных умений. Необходимо отменить раннюю специализацию врачей и перенести ее на последипломный период. Врачи общей сети нуждаются в совершенствовании по ряду дополнительных специальностей. В интеграции нуждается также учебно-научная и лечебная работа, с объединением в виде функциональных комплексов терапевтического и хирургического, центрального и периферийного сотрудничества.

Eesti NSV Tervishoiuministeerium

EESTI ARSTIDE LIIDUS

UDK 614.258(474.2)

Eesti Arstide Liidu (taas)asutamine

Jüri Raag · Tallinn

Aeg oli küps. Eesti erinevates paik-kondades tegutsevad arstid jõudsid arusaamisele, et arstiamet kohustab enamaks kui retsepti väljakirjutamiseks ning et Eesti arst peab tegutsema kogu Eesti rahva elu ja tervise nimel.

11. juunil 1988 tulid Eesti arstide esindajad kokku Tallinna Kiirabihaigla saali. Sellele olid eelnenud juba pikema-

ajalisem Lääne-Eesti Arstide Seltsi ja Viljandi Arstide Seltsi aktiivne tegutsemine, Tartu Arstide Liidu asutamine, Tallinna Arstide Liidu asutamiskoosolek, mitme teise rajooni arstide ühinemine. Koostatud oli tulevase Eesti Arstide Liidu põhikiri.

Eesti Arstide Liidu organiseerimiskomitee volitusel asusid ligikaudu 400-liikmelist arstide foorumit juhatama Rein Kariis Viljandist, Ants Haavel Lääne-Eesti Arstide Seltsist ja Laur Karu Tartu Arstide Liidust. Koosoleku *speaker* Andres Ellamaa Tallinnast avas selle järgmiste sõnadega: «Siin saalis on korduvalt kõlanud mõte, et arstiamet pole mitte elukutse, vaid saatus. On see saatus meie vastu armuline või mitte, aga eks seda tea igaüks ise kõige paremini. Igal juhul on selge, et saatus hoopis on kergem taluda koos.

Meie arstiabikorraldus meenutab ehitist, mille vundament on küll laotud headest kividest, kuid jäetud ilma kive siduvast tsemendist. Kui sajandi algul oli Eestis vaid umbes poolsada eesti



Foto 1. Eesti Arstide Liidu asutamiskoosolekust osavõtjaid Tallinna Kiirabihaigla konverentsisaalis.



Foto 2. Asutamiskoosolekule olid tulnud arstkonna esindajad kogu Eestist, ka juba mais asutatud Tartu Arstide Liidu esindajad.

soost arsti, siis tänaseks on meid saanud nii palju, et me enamikku kolleege ei tunnegi.

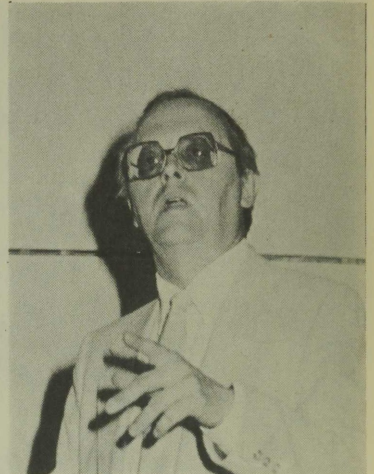
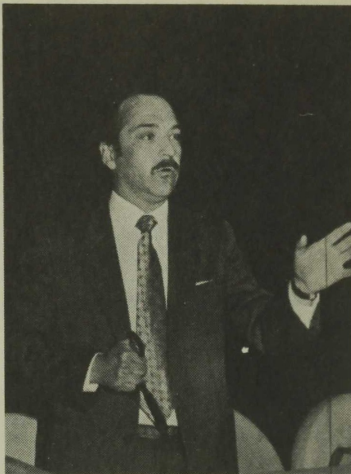
Kolleegid, me oleme kutsutud ja seatud inimelu, seda lühikest ja oma kordumatuses salapärast nähtust, kaitsma ning säilitama. Tõeliselt efektiivselt saame me seda teha siis, kui ühendame oma jõud, kui teadvustame iseendale ja kogu ühiskonnale, et me oleme vajalikud, et me ei ole mitte ainult rahva teenrid, vaid oma elada ja edeneda tahtva rahva täisväärtuslik osa, kelle tegutsemisest või mittetegutsemisest sõltub nii iga üksikisiku kui ka kogu rahva saatus».

Pärast koosoleku reglemendi tutvustamist sai sõna psühhiaater A. Kasmel. Ta esitas materjale varem Eestis tegutsenud arstide kutseühenduste kohta ning seadis kokkutulnute ette küsimuse, kas on tulnud asutama uut Eesti Arstide Liitu või taaselustama varem tegutsenut, mille 70. sünniaastapäeva oleks tänava alust tähistada.

Seejärel sai sõna Eesti NSV tervishoiuminister V. Rätsep, kes oma arsti- ja ministritöö kogemustele tuginedes andis üldpildi sellest, milline peaks olema Eesti Arstide Liidu koht tervishoiukorralduses ning Eesti elus üldse.

L. Karu selgitas pikemas sõnavõtus Eesti Arstide Liidu põhikirja, eriti selle projekti ettevalmistamisel suuremaid vaidlusi põhjustanud probleeme. Lahkarvamusi olid põhjustanud Eesti Arstide Liidu liikmeile esitatud nõuded, üksikarsti ja liidu vahelise suhte tegelik realiseerimine, demokraatlike põhimõtete säilitamine ja tagamine Eesti Arstide Liidu juhtorganite tegevuses ning palju muud.

Seejärel algasid läbirääkimised, millest võttis osa 16 arsti. Mured, millest räägiti, on kogu eesti rahva mured. Aastatega on kujunenud selline olukord, et isegi emakeeles arstiabi saamine on muutunud mõnel pool võimatuks. Tallinnas Lasnamäel ja Kopli kandis ei valda 53... 56% arstidest ning 68...



Fotodel 3, 4 ja 5 Eesti Arstide Liidu president L. Karu, asepresidendid A. Ellamaa ja M. Tarum.

... 83% õdedest eesti keelt (E. Merila). Mis arstiabi see on, kui haigega vestlemisel peab kasutama tõlgi abi! Eriti hull on keeleküsimus lastepolikliinikuis.

M. Tarum rääkis ärevust tekitavast olukorrast, mis on tekkinud pärast valituse ja parteiorganite otsust arendada tasulist arstiabi. Vaid üksikud tõesti kõrge kvalifikatsiooniga arstid on asunud erapraksisega tegelema. Samal ajal on aga jõutud selleni, et mitu teeninduskooperatiivi, millel algselt olid hoopis muud ülesanded, on enda tegevussfääri võtnud ka haigete ravimise. Seejuures on sellesse töösse rakendatute arstidase vägagi kaheldav. Rõhutati vajadust kiiresti välja töötada seadus, mis reguleeriks tasulise ja tasuta arstiabi vahekordi.

Mitu sõnavõtjat toonitas vajadust kaitsta haiget viletsa arsti eest. Samas räägiti aga vajadusest kaitsta ka arsti põhjendamata süüdistuste eest, mis tihti kerkivad üles seoses arstiabikorralduse puudujääkidega. Selleks peeti vajalikuks asutada Eesti Arstide Liidu aukohus.

Palju muret on tekitanud sanitaartalituse ülesannete jaotamine eri ametkondade vahel, selle vähene mõjuvõim inimese tervise kaitsel, sagedane sanitaartalituse ettekirjutuste ignoreerimine

(J. Märtn). A. Kork kutsus kõiki arste üles tegutsema koos nende liikumistega, kes on endale seadnud eesmärgiks looduskaitse ning keskkonna inimsõbralikumaks muutmise.

H. Poola rääkis arstide seltside ja Eesti Arstide Liidu tulevases vahekorras. Prof. H. Vahter aga osutas vajadusele hakata välja andma Eesti Arstide Liidu häälekandjat, mille kaudu saaks operatiivselt levitada arstidele hädavajalikku teavet.

Mitmes sõnavõttus tõstatati küsimus arstide suhtumisest NSV Liidu Kaitseministeeriumi tegevusse. Mõisteti hukka senine kordusõppuste praktika, mis on kujunenud vaid ajaraiskamiseks. Juhiti tähelepanu asjaolule, et nõukogude arstid võitlevad küll rahu eest ja on vastava rahvusvahelise liikumisega ühinenud, kuid kogu selle liikumise tegetsemisteravik on suunatud vaid Läände, samal ajal kui kodumaa desarmeerimise küsimuses on arstid seni vaikunud. Toetati nõudmist, et kogu Euroopa põhjaosa oleks tuumavaba.

Mõisteti hukka praegune praktika, et noormehed, tulevased arstid, kutsutakse ülikoolis õppimise ajal sõjaväeteenistusse.

Paljud olid mures Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas valitsevate õppimistingimuste pärast. Leiti, et arstide



Fotodel 6 ja 7 Eesti Arstide Liidu asepresidendid T. Vilosius ja A. Kork. M. Mällo ja E. Jõešte fotod.

ettevalmistamine ning diplomijärgne spetsialiseerumine vajavad põhjalikku ümberkorraldamist.

Tuliseid vaidlusi põhjustas Eesti Arstide Liidu tulevane finantstegevus. T. Vilosius ja J. Herodes pidasid hädavajalikuks, et Eesti Arstide Liit saaks osaleda ÜTO tegevuses.

Hädavajalikuks peeti praeguse arstide kvalifikatsiooni tõstmise süsteemi muutmist, sest see on paljus formaalne. Tuleb otsida võimalusi, et tegevarstid saaksid oma teadmisi ja oskusi täiendada Läänemeremaades. Seni on see vähesel määral olnud võimalik ainult teadusasutustes töötavatel medikuteel.

Elavat mõttevahetust põhjustas praegune ödede koolitamise süsteem.

Peaaegu kõik sõnavõtjad rääkisid arstiabi majanduslikust korraldusest. Otstarbekaks peeti, et riik eraldaks tervishoiule tunduvalt suurema osa rahvatulust kui seni. Selle nõudmise juures mõjus kaunis kainestavalt vilunud tervishoiuorganisaatori V. Ilmoja märkus, et rahaga, millel puudub materiaalne kate, ei saa tervishoiu heaks midagi olulist teha. Korduvalt toonitati, et peaarstide majanduslikke õigusi on vaja suurendada.

Üksmeelset toetust leidis ettepanek, et meditsiiniõe palk ei tohiks olla väiksem oskustöölise omast, mis Eestis on tunduvalt suurem kui mujal Nõukogude Liidus.

Väljaõeldud mõtete ja ettepanekute järgi koostati Eesti Arstide Liidu esi-

mene ühisotsus, mis avaldatakse käesolevas ajakirjas (lk. 28).

Järgnes kandidaatide esitamine Eesti Arstide Liidu juhtorganitesse. Ka seejuures ilmnes erimeelsust ja erinevaid arusaamasid nõuetest, mida esitatakse liidu tulevastele juhtidele. Pärast pikka valimisprotseduuri luges valimiskomisjoni juht M. Tarum ette taasasutatud Eesti Arstide Liidu volikogu ja eestseisuse koosseisu. Seejärel andis ta sõna Eesti Arstide Liidu presidendile, Tartu Kliinilise Haigla peaarstile L. Karule (nüüd Eesti NSV tervishoiuminister). Eesti Arstide Liidu presidendi kõne juhtmõte oli, et liit on eelkõige professionaalne ühendus, mille eesmärgiks on jõudude liitmine oma töö parandamiseks.

Eesti arstide ühenduste ajaloost¹

Anu Kasmel · Tallinn

«Väga austatud ametivend!

Eesti rahvas on viimastel aastatel jõudsatel sammudel ühistegevuse põllul edenenu. Maha jäänud üleüldisest voolust on Eesti eriteadlased — juristid, insenerid, farmatseudid, kõigepealt aga arstid, kelle tööpõld lähemas ühenduses rahva elu edenemisega seisab. Selle puuduse peale on viimasel ajal meie ajakirjandus mitmel korral tähelepanemist juhtinud. Puudust on ka mitmed väljapaistvad jõud meie arstide peres valusalt tundma hakanud... kellele nõusolemisel on tõusnud läbirääkimine Eesti arstide seltsi asutamise üle.»²

Need sõnad, mis nii tõepäraselt peegeldavad meie hetkeseisu, on 1910. aastal kirjutanud dr. Peeter Hellat. Möödunud on 78 aastat. Ajaspiraal on andnud meie mõtetele sama sisu. Miks taas?

Tsiteerin dr. Henrik Koppelit, Eesti Arstideseltside Liidu asutajaliiget: «Meie väikerahva asupaik on kohal, kus mitme suurrahva piirid üksteisele lähenevad. Tal on mitmesuguseid omadusi, mis teiste isu tema järele võivad äratada. Nii tuli siis ka meie riikliku iseseisvuse kaotus, ja et keegi suurtest naabritest seda maa-ala teistele jätta ei raatsinud, muutus see aastasadade kestel järjestiste sõdade tallermaaks... Et igakordne võimul olev suurrahvas maad enesele tahtis kindlustada ja oma ülevõimu selleks ära kasutas, ei saanud päriselanikud ka parematel ajajärkudel kuidagi kosuda ega kultuuriliselt areneda. Otse imestama peab, et ta iseseisva rahvana on kõige selle juures püsima suutnud jääda.»³

¹ Eesti Arstide Liidu asutamiskoosolekul 11. juunil 1988 esitatud ettekanne.

² A. Lüüs. «Esimene eesti arstide ühing — Põhja-Balti Arstideselts 1912—1918». Eesti Arst, 1937, 11.

1910. aastal peeti esimene eesti arstide avalik nõupidamine seltsi asutamise pärast ja seati kokku põhikirja kava. Põhikirja nimetuse all «Eesti Arstideselts dr. Kreutzwaldi mälestuseks» kubernanguvalitsus ei kinnitanud, kuna «härrad ei teada, kes Kreutzwald oli ja milles seista ta suurus».⁴

Alles neljandal katsel tuli põhikiri 16. mail 1912 kinnitatult tagasi nimetusega «Põhja-Balti Arstideselts». Oma tööd alustas selts 44 liikmega, kelle hulgas oli ka loomaarste. Eestseisus valiti seitsmeliikmeline, esimeheks sai Heinrich Koppel. Selts tegutses intensiivselt esimesed poolteist aastat kuni Esimese maailmasõja puhkemiseni. 1918. aastal nimetati ta ümber Eesti Arstide Seltsiks, vähesel määral muudeti ka põhikirja. Seltsi tegevus hoogustus ning laienes tunduvalt, mistõttu juba aasta hiljem otsustati maakondades seltsi osakondade asemel kutsuda ellu iseseisvad seltsid. Eesti Arstide Seltsi asemele otsustati asutada Eesti Arstideseltside Liit, kuhu kuulusid kõik kohalikud arstide seltsid. Ajavahe- mikul 1919...1933 moodustusid ja liitusid Eesti Arstideseltside Liiduga Tallinna, Tartu ja Pärnu Eesti arstide selts, Viljandi, Läänemaa, Järva, Võru, Rakvere, Kuressaare, Valga arstide selts ja Jaoskonna Arstide Selts ning Narva Arstide Ühing. Koostööd tehti Vene Arstide Seltsi, Tallinna Saksa Arstide Seltsi, Tartu Saksa Arstide Seltsi ja Tallinna Juudi Arstide Seltsiga.

Eesti Arstideseltside Liidu põhikiri võeti vastu Tallinnas I arstidepäeval, mis toimus 11...12. detsembrini 1920. Aasta hiljem peeti Tartus I Eesti arstidekongress (II Eesti arstidekongress toimus 1932. aastal).

Eesti Arstideseltside Liidu sihiks oli kogu Eesti arstkonna organiseerimine kohalikesse seltsidesse ja nende ühendamine, oma liikmete kutsealaste ja

³ H. Koppel. «Eesti arstkond enne iseseisvust». Eesti Arst, 1937, 11.

⁴ A. Lüüs. «Esimene eesti arstide ühing...». Eesti Arst, 1937, 11.

majanduslike huvide kaitsmine, arstide kollegiaalsete vahekordade arendamine ning süvendamine, arstide omavaheliste ja seltskonna vahel esilekerkivate arusaamatuste selgitamine, arstiteaduse ning ühiskondliku tervishoiu põhimõtete arendamine ja edendamine. Liidu organeiks olid peakoosolek, juhatus, revisjonikomisjon ja aukohus. Liidul oli oma pitsat ja häälekandjaks kuukiri «Eesti Arst».

Et Eesti Arstideseltside Liidu ettepanekud, seisukohad ja põhjendused poliitiliste ringkondade poolt vastuvõttu ei leidnud, kerkis kolmekümne aastate jooksul päevakorda arstide ametliku kutseesinduse loomine. Selleks sai Arstide Kodu. See oli eriseaduse alusel 1934. aastal ellukutsutud avalikõiguslik asutus, mille ülesandeks oli arstide kutsealalise elu korraliku tegevuse eest hoolitsemine, arstide esindamine ja huvide kaitsmine, valitsusele soovide ning seisukohtade esitamine rahvatervishoiu ja seaduste ning määruste kavade kohta, arstide ja nende perekonnaliikmete kindlustamine vanaduse, haiguse ja töövõimetuse korral. Arstide Koja liikmete hulka ei kuulunud Eesti Tervishoiu- ja Hoolekandevalitsuse liikmed, sest nad tegelesid põhiliselt samaga. Arstide Koja organeiks olid 30-liikmeline nõukogu, viieliikmeline juhatus, revisjonikomisjon ja distsiplinaarkohus.

Aukohtu eksisteerimist pean väga vajalikuks. Ei pea aga õigeks, et arstide kutsealaste ja arstieetika eksimuste üle mõistavad kohut esmajoones juristid ja ajakirjanikud. Sageli ei ole nad pädevad seda tegema.

Arstide Kojal olid juriidilise isiku õigused ja oma pitsat. Kauniks ajaloo faktiks on see, et meie eelkäijad suutsid laia lugejaskonna tarvis toimetada meditsiiniliselt harivat ja terveid eluviise propageerivat ajakirja «Tervis», mis ilmus vaheaegadega 1903. aastast 1940. aastani.

Eesti Arstideseltside Liit ja Arstide Kodu lõpetasid oma tegevuse 1940. a.

«Eesti Arsti» toimetaja dr. Albert Valdes on 1937. aastal kirjutanud: «Eesti organiseeritud arstkonna ajalugu on osa meie kultuuriajaloo. Sellest ajaloost kulgevad heledate juhtniitidena läbi eesti organiseeritud arstkonna õilsad taotlused ja saavutused meie rahva terviselise heaolu loomiseks... See ajalugu näitab selgesti, et eesti arstikond on ainult koondunult jõudnud üldtegevõtteid läbi viia.»⁵

Meie taasloodaval ühendusel on sügavad juured. Peaaegu pool sajandit on möödunud ja sellel kevadel on ta hakanud taas võrseid ajama.

Summary

The history of Estonian medical societies. This is a brief review of Estonian doctors' initiatives between 1910 and 1940. The first Estonian medical association, called the North-Baltic Doctors' Society, existed till 1918. Several medical societies were set up in a number of Estonian towns and rural districts which were united into the Association of Estonian Doctors' Societies (AEDS). The Association's regulations were accepted in 1920. The Board of Doctors (BD), as a representative of medical profession, was set up in 1932. The first and second All-Republican Medical Congresses were held in 1921 and in 1932 in Tartu. The author also presents the main aims and tasks accepted by AEDS and BD. Citations are taken from the monthly medical journal «Eesti Arst» («Estonian Doctor»).

Резюме

Из истории объединений эстонских врачей. В кратком обзоре рассматривается период объединения эстонских врачей с 1910 г. по 1940 г. Первая организация эстонских врачей была создана в 1912 г. под названием Северо-Балтийского врачебного общества и просуществовала до 1918 г. В связи с появлением врачебных обществ в больших городах и уездах был организован Союз обществ эстонских врачей, устав которого был принят в 1920 г. Палата врачей как официальное профессиональное представительство врачей была учреждена в 1934 г. Первые общегосударственные съезды врачей состоялись в 1921 и 1932 гг. в Тарту. В статье изложены основные цели и задачи деятельности Союза обществ эстонских врачей и Палаты врачей. Цитаты взяты из ежемесячного журнала «Эстонский врач».

Tallinna Vabariiklik
Põhineuroloogiahaigla

⁵ A. Valdes. «Eesti organiseeritud arstkonnale...». Eesti Arst, 1937, 11.

Eesti Arstide Liidu põhikiri

Üldsätted

§ 1. Eesti Arstide Liit on Eesti arstide vaba-
tahtlik ühendus. Eesti Arstide Liidu tegevus raja-
neb demokraatlikel põhimõtetel, ühiskondlikul
alusel, omaalgatusel ja ühistegevusel. Liidu juht-
iva keskuse asukoht määratakse eestseisuse otsu-
se alusel.

§ 2. Eesti Arstide Liit esindab ja kaitseb Eesti
arstkonna õigusi ja huve nii tervishoiu-, riigi-
võimu- kui ka ühiskondlikes organites. Liidu
tegevust kannavad regionaalsed ühendused ja
üksikliikmed.

§ 3. Eesti Arstide Liidu eesmärgiks on arsti-
teadlaste ja tegevarstide organisatsiooniline ühen-
damine rahva tervise kaitseks, ühtse tervis-
hoiupoliitika kujundamine ja meditsiinikultuuri
edendamise.

Liidu peamised tegevussuunad on järgmised:

1) rahva tervise kaitse, sotsiaalhügieeni ja
keskkonnakaitse aktuaalsete küsimuste tõstata-
mine ning aktiivne sekkumine nende lahenda-
misse, inimese tervist puudutava seadusandluse
kohta ettepanekute tegemine;

2) sekkumine ühtse tervishoiupoliitika teosta-
misse, inimese ja tema tervise üldkontseptsiooni
väljatöötamisse;

3) meditsiini kui rahvuskultuuri olulise koos-
tiosa arendamine, tervishoiuinformatsiooni kogu-
mine ja tõlgendamine, samuti kirjastustegevus;

4) arsti isiksuse ja tema kutse-eesika harmooni-
line kujundamine, arstide õigusekaitse;

5) sidemete ja koostöö arendamine teiste elu-
valdkondade ja progressiivsete ühiskondlike liikum-
istega, teiste liiduvabariikide ja välisriikide
meedikute ning nende organisatsioonidega;

6) arstide seltsielu korraldamine.

§ 4. Eesti Arstide Liit on juriidiline isik, kellel
on oma pitsat, nurgatempel, arveldusarve, seal-
hulgas arve välispangas, ja sümbolika. Liidu töö-
ja asjaajamise keeleks on eesti keel.

§ 5. Eesti Arstide Liidul on õigus:

1) avada ja sulgeda arveldusarveid, jooksvaid
ja erikontosid krediitiasutustes ning teha finants-
operatsioone;

2) sõlmida lepinguid riiklike, kooperatiivsete
ja ühiskondlike asutuste, ettevõtete ja organi-
satsioonidega, samuti üksikisikutega ka väljas-
pool Eesti NSV piire;

3) esitada kandidaate kõikidesse valitavatesse
riigiorganitesse;

4) esitada meedikuid autasustamiseks ja au-
nimetuste saamiseks silmapaistvate teenete eest
rahva tervishoiu arendamisel;

5) öelda oma arvamus meditsiinikooperatiivide
avamise ja tegutsemise kohta, samuti reglemen-
teerida tasulist arstiabi ja erapraksist;

6) luua ja määrata stipendiume ja preemiaid;

7) asutada täiendavaid organisatsioone ja all-
üksusi.

Eesti Arstide Liidu liikmed, nende õigused ja kohustused

§ 6. Eesti Arstide Liitu kuulumise tingimuseks
on käesolevas põhikirjas toodud eesmärkide ja
tegevussuundade tunnustamine ja omaksvõtmine.
Liikmeks võetakse need arstid, kes esitavad aval-
duse Eesti Arstide Liidu nimele.

§ 7. Eesti Arstide Liidu liikmed jaotuvad tegev-
liikmeteks, auliikmeteks, välisliikmeteks ja toe-
tajaliikmeteks.

Iga arst võib valida oma tegevuseks sobiva
arstide liidu või Eesti Arstide Liitu kuuluva
arstide seltsi.

Tegevliikmeteks võivad olla kõik Eesti NSV-s
töötavad (või töötanud) ja liitu astunud arstid.

Auliikmeteks võib liidu üldkogu valida arste
või teisi isikuid, kellel on erilisi teeneid Eesti
tervishoiu edendamisel või liidu tegevusele kaasa-
aitamisel.

Välisliikmeteks võib volikogu vastu võtta väl-
jaspool Eesti NSV-d töötavaid arste, kelle tegevus
aitab kaasa meie vabariigi meditsiini ja Eesti
Arstide Liidu arengule. Vastava otsuse kinnitab
üldkogu.

Toetajaliikmetena võivad liitu astuda Eesti
kõigis tervishoiu- ja meditsiinilise profiiliga õppe-
asutustes töötavad kõrgharidusega teiste erialade
spetsialistid.

Hääleõigus on tegev-, au- ja välisliikmetel,
toetajaliikmed on nõuandva hääleõigusega.

Eesti Arstide Liitu sisseastumise, sellest välja-
astumise vormistamine, sisseastumis- ja iga-aas-
tase liikmemaksu kogumine toimuvad regionaal-
setes liitudes (seltsides).

§ 8. Eesti Arstide Liidu liikmel on õigus:

1) osa võtta liidu tegevusest vastavalt põhi-
kirjas toodud eesmärkidele ja ülesannetele;

2) valida ja olla valitud kõikidesse liidu juhti-
mis- ja revisjoniorganitesse;

3) esitada liidu organitele ettepanekuid, teha
arupärimisi liidu tegevuse kohta ja tutvuda vas-
tava dokumentatsiooniga;

4) osa võtta liidu poolt korraldatavatest üri-
tustest;

5) liidust lahkuda, esitades selleks liidu juhatusele kirjaliku avalduse;

6) taotleda oma kutsetöös liidu toetust ja kaitset.

§ 9. Eesti Arstide Liidu liige on kohustatud:

1) täitma käesoleva põhikirja nõudeid ja liidu otsuseid;

2) võtma osa liidu ühistegevusest ja aitama kaasa liidu ülesannete lahendamisele, osaledes aktiivselt vähemalt ühes tegevussuunas.

§ 10. Eesti Arstide Liidu eestseisusse ei kuulu keegi ametikoha alusel.

Eesti Arstide Liidu struktuur ja juhtimisorganid

§ 11. Eesti Arstide Liidu struktuuri kuuluvad üldkogu, volikogu, eestseisus ja president. Liidu kõrgeim organ on liikmete kokkutulek ehk üldkogu, mis tuleb kokku vähemalt üks kord aastas vastavalt eestseisuse poolt kindlaksmääratud ajale. Erakorraline üldkogu kutsutakse kokku eestseisuse või ühe territoriaalse liidu (seltsi) nõudmisel. Üldkogu kokkutuleku aeg, päevakord, koht teatatakse ja eeldokumendid saadetakse liidu liikmetele vähemalt kuu aega enne üldkogu koosolekut. Üldkogu on otsustusvõimeline, vaatamata kokkutulnud liikmete arvule. Põhikirjas muudatuste tegemiseks on vaja $\frac{2}{3}$ kohal olnud liikmete nõusolekut. Üldkogu otsused kinnitatakse lahtisel hääletamisel lihthäälteenamusega. Valimised toimuvad salajasel hääletamisel.

Eesti Arstide Liidu üldkogu võimkonda kuulub:

1) liidu põhikirja vastuvõtmine ja selles muudatuste tegemine;

2) Eesti arstkonna tegevuse arutamine ja selle kohta otsuste vastuvõtmine;

3) liidu volikogu, eestseisuse, presidendi, revisjonikomisjoni ja aukohtu liikmete valimine;

4) liikme- ja sisseastumismaksude ning regionaalsetelt organisatsioonidelt laekuvate maksete üle otsustamine;

5) liidu au- ja välisliikmete vastuvõtmise kinnitamine;

6) liidu eelarvete, kulude ja tulude kohta käivate aruannete ning muu aruandluse ärakuulamine ja kinnitamine;

7) liidu tegevuse lõpetamine.

§ 12. Üldkogudevahelisel ajal juhib liidu tegevust volikogu, mille arvulise suuruse määrab ja koosseisu valib üldkogu lihthäälteenamusega, läheduses regionaalse esindatuse põhimõttest, kaheks tegevusaastaks. Eesti Arstide Liidu volikogu ot-

sustab kõik liidu tegevusse puutuvad küsimused, välja arvatud üldkogu pädevusse kuuluvad. Volikogu on otsustusvõimeline, kui kohal on vähemalt $\frac{2}{3}$ liikmetest. Volikogu otsused võetakse vastu lihthäälteenamusega, häälte võrdse jaotumuse korral otsustab liidu juhatuse liikmete häälte jaotumus.

Volikogu kutsutakse kokku vähemalt neli korda aastas. Volikogu on kohustatud kokku tulema ka erakorraliselt Eesti Arstide Liidu juhatuse kutsel või $\frac{1}{3}$ volikogu liikmete taotlusel. Volikogu otsusega võib liidu raames ja selle liikmetest ning vastavalt liidu ülesannetele ning tegevussuundadele moodustada toimkondi, sektioone ja ekspertkomisjone.

§ 13. Volikogu koosseisu kuulub liidu eestseisuse, mille arvulise suuruse määrab ja koosseisu valib otseselt ja nimeliselt üldkogu lihthäälteenamusega.

Eestseisus lähtub oma tegevuses Eesti Arstide Liidu üldkogu ja volikogu suunistest ja nõuetest. Eestseisus esindab liitu ja sõlmib tema nimel lepinguid. Eestseisuse otsused võetakse vastu lihthäälteenamusega, võrdse arvu häälte korral otsustab liidu presidendi hääle.

Volikogu liikmetel on oma regiooni huve ignoreerivate otsuste korral vetoõigus.

§ 14. Üldkogu valib kaheks tegevusaastaks otseselt ja nimeliselt Eesti Arstide Liidu presidendi, kes kuulub liidu volikogu ja eestseisuse koosseisu.

§ 15. Üldkogu määrab liidu revisjonikomisjoni arvulise suuruse ja valib kaheks tegevusaastaks selle koosseisu. Revisjonikomisjon valib enda hulgast esimehe, kontrollib liidu finantsmajanduslikku tegevust ja esitab üldkogule aruanded. Üldkogul on juhtorganite või selle liikmete tagasikutsumise õigus.

Eesti Arstide Liidu vahendid

§ 16. Eesti Arstide Liidu majandusliku aluse moodustavad:

1) laekuvad maksud;

2) annetused ja toetused;

3) tulud väljaannete müügist;

4) muud laekumised.

Eesti Arstide Liidu tegevuse lõpetamine

§ 17. Eesti Arstide Liit lõpetab oma tegevuse, kui üldkogu teeb lihthäälteenamusega sellekohase otsuse. Liidu likvideerimise korral jagab liit oma vara üldkogu otsuse kohaselt vastavalt kehtivale seadusandlusele.

Uldeeskiri

§ 18. Kõigil neil juhtudel, kui käesolevas põhikirjas ei leidu aluseid liidu tegevuse korraldamiseks, annab liidu volikogule, eestseisusele ja revisjonikomisjonile juhised ja otsused üldkogu.

Eesti Arstide Liidu I üldkogu otsus

Eesti arstid kogunesid 11. juunil 1988. aastal Tallinna, et asutada Eesti NSV-s töötavate arstide professionaalne ühendus. Nad otsustasid asutada Eesti Arstide Liidu, kinnitasid Eesti Arstide Liidu põhikirja, valisid liidu juhtorganid: volikogu, milles on 51 liiget, ning viieliikmelise eestseisuse.

Koosolnud otsustasid põhikirja kinnitada kaheks aastaks, jätkates selle täiustamist olenevalt vajadustest. Eesti Arstide Liidu juhtorganite volituse kestuseks otsustati määrata kaks aastat.

Eesti Arstide Liidu I üldkogu võttis vastu järgmised otsused.

1. Kogu oma edasises tegevuses suunata kõik jõud abivajajate sotsiaalse võrdsuse kehtestamisele ja kindlustamisele.

2. Suunata oma peamised jõupingutused terve perekonna, samuti laste ja naiste tervise säästmisele ja säilitamisele. Pidada otstarbekaks asutada Eesti perekonna toetuse fond.

3. Nõuda Eesti NSV valitsuselt kõige otsustavamate meetmete rakendamist peatamaks olemasolevate tervise- ja eluohtlike programmide täitmist ning uute taoliste programmide koostamist. Nõuda erilise tähelepanu pööramist Kirde-Eesti, Tallinna, Valga ja Pärnu piirkonna looduse kaitsmisele.

4. Nõuda kogu meie vabariigi elanike tervislikku seisundit puudutava statistikaandmete igaaastast avalikustamist, nende andmete avaldamist ilma pealdiseta «Ametkondlikuks kasutamiseks».

5. Toetada Eesti NSV täielikule isemajandamisele ülemineku ideed ning moodustada medikute töörühm, kes koostöös juba tegutsevate töörühmadega teeks oma ettepanekud meditsiini arengu kohta isemajandava Eesti tingimustes. Töötada välja Eesti tervishoiu kontseptsioon.

6. Taotleda arstiabi jaoks eraldatava rahvatulu osa olulist suurendamist, seades eesmärgiks selle osa suurenemise XIII viisaastaku lõpuks 8 %-ni praeguse 3,1 % asemel, sealhulgas taotleda ka valuutaeraldiste olulist suurendamist.

7. Toetada põhimõtteliselt kõiki liikumisi, mille

eesmärgiks on tervislike eluviiside propageerimine ja elukeskkonna kaitsmine.

8. Toetada ettepanekut määratleda Eesti NSV kodakondsus ning seadustada eesti keel riigikeelena Eesti NSV-s. Eestimaal on õigus töötada ainult neil arstidel, kes oskavad haigega suhelda nii eesti kui ka vene keeles.

9. Nõuda viivitamatut võõndiaja kehtestamist Eesti NSV-s, nähes selles kõiges esmast, kõiki haaravat ning majanduslikke kulutusi mittenoõudvat tervishoidlikku akti.

10. Nõuda kategooriliselt medikute diskrimineerimise lõpetamist elamispinna jaotamisel ning nende töö väärilist tasustamist. Taotleda meditsiiniõe keskmise palga kiiret suurendamist töötaja keskmise palgani.

11. Nõuda kõigi üleliiduliste ametkondade, sealhulgas NSV Liidu Kaitseministeeriumi kontrollimatu ning kohalikke olusid ja vajadusi mitteametavate tegevuse lõpetamist Eesti NSV territooriumil. Pidada vääraks noormeeste kutsumist sõjaväeteenistusse enne kõrgkooli lõpetamist. Taotleda, et Eestist pärit noormehed teeniksid sõjaväes koduvabariigi territooriumil. Toetada Põhja-Euroopa tuumavaba tsooni loomise ideed ning teha NSV Liidu valitsusele ettepanek, et sellesse kuuluks ka Eesti NSV.

12. Nõuda Eesti NSV territooriumil ühtse, territoriaalprintsibiil korraldatud arstiabisüsteemi rajamist. Lõpetada Eesti NSV territooriumil ametkondlike raviasutuste rajamine. Anda kõik Eesti NSV-s asuvad ametkondlikud raviasutused — ambulatooriumid, polikliinikud, haiglad ja sanatooriumid, sealhulgas ka Eesti NSV Ministrite Nõukogu ning Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi IV Valitsuse ravi- ja profülaktikaasutused — üle kohalike võimuorganite haldusse Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi üldjuhtimisele.

13. Taotleda sanitaararstide ettevalmistuse praeguse korra kui mitterahuldava muutmist. Sanitaararstide ettevalmistamine teha ülesandeks Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnale. Nõuda sanitaartalituse õiguste ja volituste laiendamist ning sanitaartalituse materiaalse ja tehnilise varustatuse parandamist. Eesti Arstide Liidu üldkogu peab sanitaartalitust tervishoiuvõrgu olulisemaks osaks, kelle töö mis tahes teise organisatsiooni raames ei saa olla soovitud efektiivsusega. Eesti Arstide Liit peab hädavajalikuks kõigi ametkondlike sanitaartalituste liitmist üheks tervikuks Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi juhtimisel.

14. Teha Eesti NSV Tervishoiuministeeriu-

mile ja kirjastusele «Perioodika» ettepanek muuta ajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid» kordkuus ilmuvaks arste ühendavaks häälekandjaks nimetuse «Eesti Arst» all.

15. Teha Eesti Arstide Liidu volikogule ülesandeks koostöös Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi ning üleliidulise arstide kongressi delega-
tidega töötada välja põhiseisukohad, mis kajastaksid Eesti tervishoiu vajadusi, ning edastada need üleliidulisele arstkonnale.

16. Toetada Eestimaa avalikkuse ja parteiorganisatsioonide nõudmist kutsuda kokku Eestimaa Kommunistliku Partei erakorraline kongress.

17. Saata Eesti Arstide Liidu I üldkogu otsus kõigile Eesti NSV valitsusasutustele ja massiteabevahenditele, NLKP Keskkomiteele, ajalehetele «Pravda» ja «Meditinskaja gazeta».

Eesti Arstide Liidu juhtimisorganid

Eesti Arstide Liidu volikogu

Vaike Aller, Madis Allik, Ralf Allikvee, Tiiu Aro, Toomas Asser, Jaan Eha, Andres Ellamaa, Jüri Gross, Ants Haavel, Siiri Hanstein, Tiit Haviko, Jaak Herodes, Vello Ilmoja, Enn Jõeste, Tiit Kadastik, Rein Kariis, Mait Karlis, Laur Karu, Heino Kokk, Raivo Kolle, Andres Kork, Ene Kornet, Paul Krooni, Urmo Kööbi, Teet Lainevee, Mall Lepiksoo, Andrus Lipand, Jaak Maaros, Merike Martinson, Tiit Meren, Ruta Mihelson, Helle Mäeltsemees, Heino Noor, Anne Ormisson, Ivo Ramjalg, Argo Rooks, Manfred Silland, Ferenc Szirko, Toomas Sulling, Aleksei Samarin, Aldin Talving, Leo Tamm, Matti Tarum, Minni Tarum, Väino Tuppits, Uno Ugandi, Rein Vahisalu, Herman Vahter, Kaljo Villako, Toomas Vilosius, Airi Värnik.

Eesti Arstide Liidu eestseisus

President Laur Karu, asepresidendid Andres Ellamaa, Andres Kork, Matti Tarum, Toomas Vilosius.

Eesti Arstide Liidu aukohus

Esimees TRÜ arstiteaduskonna professor Kuno Kõrge. Töökoha aadress: 202 400 Tartu, Lossi t. 17, telefon 28-497. Kodune aadress: 202 400 Tartu, Kaunase pst. 16-7.

Liikmed:

Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadispanseri arst Aleksander Gavrilov. Töökoha aadress: 200 016 Tallinn, Hiiu t. 46, telefon 514-000. Kodune

aadress: 200 016 Tallinn, Ilmarise t. 21-10, telefon 514-680.

TRÜ arstiteaduskonna professor Ain-Elmar Kaasik. Töökoha aadress: 202 400 Tartu, Puusepa t. 6, telefon 28-249. Kodune aadress: 202 400 Tartu, Tähe 22-2, telefon 75-936.

Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi Vabariikliku Kohtumeditsiini Peaekspertiisi Büroo juhataja Jüri Kool. Töökoha aadress: 200 001 Tallinn, Rütli t. 46, telefon 440-801.

Tallinna Pelgulinna Haigla osakonnajuhataja Rando Truve. Töökoha aadress: 200 108 Tallinn, K. Marxi pst. 16, telefon 496-784. Kodune aadress: 200 035 Tallinn, Öismäe tee 108-53, telefon 590-501.

Eesti Arstide Liidu revisjonikomisjon: Uno Ugandi (esimees), Heino Noor, Manfred Silland, Toomas Sulling, Airi Värnik.

Eesti Arstide Liidu volikogu komisjonid

Keskkonnakaitse- ja sanitaarkomisjon: A. Kork (esimees), H. Noor, P. Krooni, M. Lepiksoo, H. Mäeltsemees, E. Kornet.

Tervishoiupoliitika ja majanduskomisjon: L. Karu (esimees), V. Ilmoja (esimees), V. Tuppits, R. Kariis, U. Ugandi, R. Allikvee, R. Kolle, J. Herodes, M. Allik, R. Mihelson, T. Lainevee, A. Ellamaa, Matti Tarum, L. Tamm.

Noorte- ja eetikakomisjon: J. Gross (esimees), A. Lipand, T. Asser, H. Vahter, K. Villako.

Informatsiooni- ja rakenduskomisjon: U. Kööbi (esimees), H. Kokk, R. Vahisalu, T. Meren, A. Rooks, F. Sirko, E. Jõeste, M. Karlis, I. Ramjalg, A. Talving.

Pressikomisjon: A. Värnik (esimees), Matti Tarum, A. Lipand, A. Ellamaa, A. Haavel, V. Aller, H. Noor.

Välissidemete komisjon: J. Eha (esimees), T. Sulling, J. Maaros, M. Silland, J. Herodes.

Seltsielu- ja kultuurikomisjon: T. Vilosius (esimees), S. Hanstein, Minni Tarum, A. Ormisson, T. Kadastik, M. Lepiksoo, M. Martinson.

Organisatsioonilise töö komisjon: T. Lainevee (esimees), T. Aro (esimees), A. Samarin, T. Meren, E. Jõeste, A. Rooks, T. Haviko, M. Lepiksoo, A. Haavel, M. Silland.

EESTI LASTEKAITSE LIIDUS

UDK 616-053-084(474.2)

Eestimaa lapsed vajavad kaitset

Leo Tamm · Tallinn

ÜRO «Lapse õiguste deklaratsioonis» on toodud riigi ja täiskasvanute kohused oma laste ees: «Laps peab igas olukorras kuuluma nende hulka, kellele tagatakse kaitse ja abi esmajärjekorras. Seadustega või muul viisil tuleb tagada eriline kaitse ning soodsad tingimused areneda kehaliselt ning vaimselt, moraalselt, hingeliselt ning sotsiaalselt terveks isiksuseks. Selliste seaduste väljaandmise peaeesmärgiks peab olema lapse huvide maksimaalne kaitsmine».

Meie riigi seadusandlus tegelikkuses, elukorraldus, sagedased eksperimendid tervishoius, hariduses ja majanduses on loonud inimvaenuliku elukeskkonna, eriti paljust on ilma jäetud meie lapsed — nii täisväärtuslikust toidust, haritusest, ilusatest tervislikest riietest ja jalatsitest, turvalistest, inimsõbralikest koolidest ja lasteaedadest. Kahjuks on see olnud nii ka tervishoiuga. Alles nüüd on hakatud aru saama, et ei meditsiin ega haridus üksi saa tagada laste vaimset ega kehalist tervist ning nende normaalset arenemist. Sellele peavad kaasa aitama kõik institutsioonid.

Korduvalt on pediatrid tõstatanud küsimusi lastele määratud ehitiste, samuti teadustöö, polikliinilise arstiabi kohta (vt. «Nõukogude Eesti Tervishoid», 1983, 3, 202—203; 1985, 4, 286—288). Ka perelastekodude loomise ideed oleme ammu toetanud. Ometi jätkub gigantomaania koolide, lastepäevakodude, lastekodude ehitamisel. Suured

klassid, rühmad, ka suured lasteasutused ei võimalda laste normaalset arengut, hoopis kahjustavad nende tervist. Peame jõudma nii kaugele, et lasteasutuse mööbel ja ehitusmaterjal lapse tervist ei kahjustaks. Lõputud arutlused laste kesise toidulaua ning lastekaupade vähesuse ja kvaliteedi ümber on seni andnud väga väheseid tulemusi. Tuleb lõpetada ametkondade omavahe-line vägikaikavedamine. Täiskasvanuil tuleb muuta suhtumist lastesse — väärtustada ühiskonnas ema ja lapsed koos tervishoiu, hariduse ja muu sellise väärtustamisega. Ka tervishoius endas tuleb veel väärtustada emade ja laste kaitse. Kui nüüd ei tule pööret laste ja emade tarbeks ehitatavate teaduskeskuste väljaarendamisel, komplekssete paljuprofiilsete lastehaiglate rajamisel, ei ole sellel sajandil loota edu laste suremuse vähendamises ega pediatrias üldse. Ei saa olla ühtegi alternatiivi emade ja laste teaduskeskuste rajamisele Tartus ja Tallinnas.

Laste tervishoiuasutuste, ka haridusasutuste paigutamisel on seni tehtud korvamatuid vigu, näitena võiks tuua Tallinna Kesklinna Lastepolikliiniku, Tallinna Kliinilise Lastehaigla, koolimaju, lastepäevakodusid Tallinnas ja mujal. Meid on ilma jäetud komplekssetest lastehaiglatest. Ikka veame lapsi ühest haiglast teise! Lasteasutustele peab leitama optimaalne asupaik igas linnas ja asulas.



Foto 1. Eesti Lastekaitse Liidu asutamise idee autorid. Parevalt: V. Sarapuu, A. Valton ja L. Tamm.

Emade ja laste arstiabi arendatagu eelisjärjekorras nagu põllumajandustki Eestimaal. Loodavate diagnostikakeskuste rajamine vaevalt toob pööret pediaatrias, sest lastehaiglad ja -polikliinikud on aparatuuriga seni varustatud olnud kas halvasti või on neid varustatud viimases järjekorras. Täiskasvanud peavad lastele järk-järgult andma selle, mida aastakümneid on ehitatud ja varutud endile uhkeldamiseks. Meie rahva üksmeel annab lootust, et hakkab muutuma suhtumine meie lastesse ka Maarjamaal.

21. juulil 1988 avaldati ajalehtedes «Edasi» ja «Harju Elu», hiljem «Sirbis ja Vasaras» ning paljude rajooniajalehtedes peamiselt lastearstidest koosneva initsiatiivgrupi üleskutse «Eestimaa laps vajab abi!». Selles pakkusime välja idee asutada vabatahtlik omaalgatusel ja ühistegevusel rajanev organisatsioon, mida võiks pidada aastail 1919...1922 Eestis tegutsenud Lastekaitse Ühingu ja teiste lastekaitse organisatsioonide tegevuse jätkajaks, ning nimetada see Eesti Lastekaitse Liiduks. Meie pöördumine leidis laialdast vastukaja ja initsiatiivgrupi laiendatud koosolekul töötati välja Eesti Lastekaitse Liidu põhikirja projekt ning kavandati ülesanded (vt. «Õhtuleht», 1988, 16. september).

2. oktoobril 1988 asutati Eesti Lastekaitse Liidu üldkogu esimesel koosolekul Viljandis Eesti Lastekaitse Liit (ELL). Kinnitati põhikiri ja valiti vanem, eestseisus, volikogu ja revisjonikomisjon (vt. «Noorte Hää», 1988, 5. oktoober, «Rahva Hää», 1988, 4. oktoober). Lasteprobleemi saab lahendada tihedas koostöös valitsuse ja riigivõimude organite, Eesti Rahvarinde, Eesti Rohealiste Liikumise, Üleliidulise Lastefondi, Eesti Lastefondi, lastekaitseklubide, loomeliitude, ELO, Eesti Arstide Liidu, usuühingute, naistenõukogude, kõrgkoolide, Eesti NSV Teaduste Akadeemia, Kultuurifondi, Sõltumatu Noortefoorumi, Eesti Haridusseltsi, Ülemaailmse Eesti Pere Sihtkapitali ja UNICEF-iga, ka teiste riikide samalaadsete organisatsioonidega.



Foto 2. Eesti NSV tervishoiuminister L. Karu ja Eesti Lastefondi juhatuse aseesimees T. Karu Eesti Lastekaitse Liidu initsiatiivgrupi koosolekul.



Foto 3. Kirjanik A. Valton — üks põhiettekannde esitajaid, Eesti Lastekaitse Liidu suhete juht.

Eesti Lastekaitse Liit lähtub oma tegevuses laste huvidest ja liidu töö toimub järgmistes suundades:

laste elu ja tervise kaitse optimaalsete aluste väljatöötamine koostöös teiste organisatsioonidega;

Eesti eri regioonides laste elu ja tervise tegeliku olukorra väljaselgitamine ning tulemuste avalikustamine;

süsteemaatiline võitlus tervisliku elukeskkonna eest, ratsionaalse ja keemilistest ainetest vaba toidu tagamise eest kõigile Eesti lastele;

osavõtt lastele hoonete projekteerimise ja ehitamise kvaliteedi, asukoha valiku, riikliku vastuvõtu küsimustest;

ettepanekute tegemine laste puhkamisvõimaluste parandamiseks, puhkamisvõimaluste taotlemine lastega perekondadele meie puhkekodudes, asutuste puhkebaasides;

lastekaupade parema kvaliteedi nõudmine ja sekkumine hinnapoliitikasse; puuetega laste ja krooniliste haiguste all kannatajate abistamise süsteemi eluviimisele kaasaaitamine Eestis;

lastekaitse ideede, vägivallata elulaa-di propageerimine, ühiskonna kasvata-mine ligimesearmastuse, inimlikkuse ja halastuse vaimus; toetus perekonna-ajakirja asutamiseks.

Eesti Lastekaitse Liit peab tõstatama laste elu ja kaitse küsimusi riigivõimu- ja valitsusorganite ees. Teha ettepane-kuid laste arstiabi parandamiseks. Ole-me seisukohal, et lapsed peavad saama arstiabi kõikjal tasuta. Tahame määrata stipendiume lastele, tahame raha laeku-mise korral abistada ka paljulapselisi perekondi.

Eesti Lastekaitse Liidu deklaratsioo-nis, mis võeti vastu liidu asutamisel, on toodud meie lähemad eesmärgid (vt. «Noorte Hääl», 1988, 5. oktoober).

Et kaitsta last, moodustati volikogu koosolekul 25. oktoobril 1988 järgmised toimekonnad, kus osalemiseks on soovi avaldanud üle 140 paljude kutsealade esindaja: lapse arengu tagamine (looming, töö, puhkus, haridus), laste-tervishoid, lastekaubandus ja toitlus-küsimused, noorte seksuaalkasvatus ja -tervishoid, puuetega laste ning krooni-liste haiguste all kannatajate tervis ja olme, elukeskkond, ehitusküsimused, teadusuuringud, laste ja noorte õigus-küsimused, usaldusabi, Eesti Lastekaitse Liidu suhted ja info. Eestseisuse 15. novembri istungil leiti, et tähtsaim on regionaalsete osakondade loomine ja tööleasumine. Eestseisuse liikmed A. Valton, T. Ots, V. Sarapuu ja allakirju-tanu võtsid endale kohustuseks selgitus-töö kohtadel ja osakondade loomise üle otsustamise. Tööd on alustatud Viljan-dis, Tartus, Pärnus, Raplas ja mujal.

Oleme veendunud, et Eestimaa muu-tub kord selliseks, kus tunneme ennast kodus ja võime tagada lastele turvali-suse, inimväärse elu. Peame oskama anda nõu, et igas peres oleks optimaalne arv soovitud lapsi. Siis jääksid püsima meie kultuur, meie rahvus. Ees seisab võitlus. Eesti Lastekaitse Liidu üles-

anded saame ellu viia ainult suverään-ses õigusriigis, IME korral.

Lastekaitse küsimustes tuleks pöördu-da liidu eestseisuse poole.

Eesti Lastekaitse Liidu eestseisus:

Kalle Küttis, pedagoog, 202922 Mustla, Tiigi 6-12.

Uno Mirme, pediaater, 203600 Pärnu, Noorte väljak 6.

Kaljo Mitt, pediaater, 202400 Tartu, Arhitek-ti 4-9.

Tõnu Ots, psühholoog, 200013 Tallinn, Mar-ta 5-6.

Jaak Salumäe, teoloog, 202900 Viljandi, Muru 5.
Viktor Sarapuu, pediaater, 202900 Viljandi, Kauge 14-8.

Mart Sikut, jurist, 202900 Viljandi, Tartu 16-1.
Leo Tamm, pediaater, 200026 Tallinn, E. Vilde 121B-10.

Arvo Vallikivi, kirjanik, 200006 Tallinn, Kuld-noka 11-144.

Meie jooksev arve on: Tallinn, Estonia pst. 13, Elamu- ja Sotsiaalpanga operatsioonide valitsuses nr. 2700305.

TEORIA JA PRAKTIKA

UDK 616-084

Haiguste riskitegurid ja individuaalne terviseõpetus

Reinhold Birkenfeldt · Tartu

riskitegurid, haiguste profülaktika, terviseõpetus

1987. aastal korraldatud VIII vabariiklikul terapeutide kongressil toodi õigustatult esile sisulisi puudusi dispanseerses töös (6). Heade arvude taha jäävad sageli varju profülaktilise töö eesmärgid. Nii tervete kui ka haigete dispanseerimisel ei ole seni küllaldaselt tähelepanu pööratud riskitegurite väljaselgitamisele ega nende võimalikule mõjutamisele. Igapäevases arstitöös pööratakse äärmiselt vähe tähelepanu individuaalsele sanitaarselgitustööle nendes küsimustes.

Haiguse riskitegur on bioloogiline, ökoloogiline või sotsiaalne tunnus, mille suurema väärtuse puhul võib haigus tekkida suurema statistilise tõenäosusega või kulgeda raskemalt (1). Selle definitsiooni järgi on riskiteguri mõiste laiem: peale selle, et ta mõjub ohutegurina esmase haigestumise suhtes, mõjub riskitegur ebasoodsalt ka haiguse kulule ja lõppele. See on eriti tähelepanuväärne pikaajaliselt kulgevate krooniliste, perioodiliselt ägenevate mittespetsiifiliste haiguste puhul.

Riskitegureid on jaotatud mitmeti: eksogeensed ja endogeensed; kindlaks tehtud, tõenäolised ja oletatavad; mõjutatavad ja mõjutamatud või muud tegurid. Viimane jaotus abistab konk-

reetse haiguse esmase ja teisese profülaktika korraldamisel.

Riskitegurite rohkus üksikute haiguste puhul on tingitud haiguste etioloogia mittetundmisest. Mõnikord aetakse riskitegurid segi ka etioloogiliste teguritega. Mõned autorid peavad riskitegurite väljaselgitamist haiguse olemuse uurimise vahepealseks etapiks, edasi peaks järgnema nende tegurite ringi vähendamine ning lõpuks etioloogilise teguri väljaselgitamine (5). Arvame, et etioloogilise teguri teadmine ei lahenda profülaktikaprobleemi veel lõplikult. Oma töös vajame täpseid teadmisi selle kohta, kellele või millal on etioloogiline tegur ohtlik. Näitena tooksin ninaneelu ägeda streptokokknakkuse, mille järel haigestub reumasse, nefriiti või muudesse haigustesse vaid osa põdenuid. Etioloogiline tegur pääseb paljudel juhtudel mõjule vaid riskitegurite olemasolu korral.

Huvi tuntakse riskitegurite koosmõju vastu. Igaüks neist võib kas riski suurendada või vähendada sõltuvalt teise teguri mõjust. Selles avaldub koosmõju ehk interaktsioon. Samal ajal on igal teguril autonoomne toime. Seega võib kahe teguri koosmõju olla suurem või väiksem nende üksikmõjude summast (4).

Praktikast lähtudes soovitatakse vähendada neid riskitegureid kolme kuni neljani, mis on profülaktika seisukohalt kõige olulisemad (5). Näiteks südame isheemiatõve puhul tuuakse esile suurt riskitegurit: hüperkolesterineemia, arteriaalne hüpertensioon, suitsetamine, väheliikuv eluviis ja liigne kehakaal (2).

Rahvastiku massiliste läbivaatuste eesmärk on avastada haigus varajases staadiumis, samal ajal välja selgitada riskirühmadesse kuulujad ja riskitegurite mõjutamise võimalused. Eesmärgiks peaks olema ka iga inimese suhtes põhilise võimaliku riski väljaselgitamine ja selle teadvustamine. Oluline on õige psühholoogiline lähenemine. Hoidutagu iatrogeeniast. Lähtuda tuleks kõigepealt kuuest suurest riskitegurist, mis on omased paljudele kroonilistele

mittespetsiifilistele haigustele, need oleksid liigne kehakaal, liikumisvaegus, suitsetamine, alkoholipruukimine, kõrge vererõhk ja hüperkolesterineemia. Lisaks neile peaks iga spetsialist püüdma selgitada oma erialasse puutuvate ohtlikumate krooniliste haiguste riskitegureid. Näiteks paljudel reumaatilistel haigustel on ühiseid riskitegureid: ägedad ninaneelu infektsioonid, kroonilised nakkuskolded, pärilik eelsoodumus, halvad olme- ja töötingimused, liigeste ülekoormus (3). Seejuures ei tohi geneetilist tegurit üle hinnata. Ei saa väita, et ta igas olukorras paratamatu oleks. Ta jääbki riskiteguriks ja muude tegurite puudumise korral võib mitte avalduda.

Sanitaarharidustöös on valdavaks olnud loengud ja vestlused. Sageli on need toimunud teemadel, mille vastu lihtsalt huvi tuntakse. Nende vajalikkus aga on nii mõnigi kord küsitav. Tihti aga on pidamata jäänud loengud aktuaalsetel teemadel. Väärilise koha peab saama individuaalne selgitustöö. Arvestades arstide suurt arvu ja jaoskondade suuruse vähenemist ning töökoormuse reguleerimise võimalusi, on see täiesti reaalne. Nii polikliinikus, statsionaaris kui ka kodus tuleb haigetele selgitada, millised riskitegurid tema tervist ohustavad, näidates kätte teed, kuidas nendest vabaneda. Näiteks südame isheemiatõve all kannatajale, kes on põdenud müokardiinfarkti, tuleks selgitada, et juhul, kui ta jätkab suitsetamist, ei reguleeri kehakaalu ega muuda eluviisi, on haiguse süvenemine möödapääsmatu ja uue infarkti oht olemas.

Seega peab individuaalne selgitustöö saama dispansseerimise kohustuslikuks osaks. Arsti vestlus nii terve kui ka haigega on mõjusam igasugusest kindla adressaadita sanitaarsegitustööst. Oleks teretulnud, kui raadio- ja televisioonisaadetes kasutataks reklaamiminutite eeskujul lühikesi terviseminuteid päevakohaste küsimuste valgustamiseks, üleskutseks tervisele. Ajajärgul, kui algab tervise väärtustamine ühiskonnas, on igal inimesel õigus saada igakülgselt terviseteadet, sealhulgas ka tea-

vet teda ohustavate riskitegurite kohta. Enamlevinud haiguste riskitegurite laialdane tutvustamine peab saama rahva terviseõpetuse lahutamatuks osaks. Nii tervete kui ka haigete dispansseerimisel tuleb riskitegureid selgitada ja terveid eluviise tutvustada võimalikult individuaalselt.

KIRJANDUS: 1. *Birkenfeldt, R.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1985, 3, 166—168. — 2. *Valgma, K.* Müokardiinfarkt. Tallinn, 1984.

3. *Беневоленская Л. И.* В сб.: Тезисы докладов международного симпозиума «Факторы риска ревматических болезнях». М., 1986, 11. — 4. *Биркенфелдт Р. Р.* В сб.: Тезисы докладов III конференции ревматологов Эстонской ССР. Таллинн, 1988, 19—21. — 5. *Лещинский Л. А., Димов А. С.* В сб.: Тезисы XVIII Всесоюзного съезда терапевтов. I. М., 1981, 67—68. — 6. *Эльштейн Н. В.* В сб.: Проблемы современной терапии. Тезисы докладов VIII съезда терапевтов Эстонской ССР. Таллинн, 1987, 3—7.

Summary

Risk factors of the disease and individual health education. Risk factors represent health hazards for primary illness and have also an adverse effect on the course and outcome of the disease. A comprehensive instruction in risk factors should be included in health education. Hints on avoiding risk factors should be given as individually as possible to healthy people or patients under observation.

Резюме

Факторы риска болезней и индивидуальное санитарное просвещение. Факторы риска влияют на первичную заболеваемость, течение и исход заболевания. Учение о факторах риска должно стать неотъемлемой частью современного санитарного просвещения при разъяснении вопросов первичной и вторичной профилактики болезней. При профилактических осмотрах населения и диспансеризации больных необходимо индивидуально разъяснять факторы риска.

TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateeder

UDK 613.81:616-079.4

Farmakokineetilise etanool-testi kasutamine laboratoorse abimeetodina kroonilise alkoholismi diagnoosimisel

Elmar Karu · Tartu

alkoholism, farmakokineetiline etanooltest, diferentsiaaldiagnoosimine

Kuni viimase ajani ei ole peale anamneesi andmete, kliiniliste sümptomide ega haiguse kulu kirjelduse olnud ühtegi laboratoorset meetodit, mida oleks kroonilise alkoholismi diagnoosi täpsustamiseks kasutada saanud, kuigi otsingud olid kestnud juba üle poole sajandi (2).

Alles hiljuti õnnestus I. Troitskil ja kaasautoritel (7) leida uus tee kroonilise alkoholismi diagnoosimise laboratoorse abimenetluse kasutuselevõtmiseks, kasutades selleks alkoholi resorbeerumise kiiruse suurenemist alkoholismi kujunemise ajal.

Autorid määrasid etanooli kontsentratsiooni väljahingatavas õhus gaaskromatograafiliselt enne alkoholi manustamist ja alates 15. minutist pärast alkoholi annuses 0,2 g kehakaalu ühe kilogrammi kohta tarvitamise algust kuni ajani, mil etanooli kontsentratsioon enam ei suurenenud. Etanooli resorbeerumise kiirus A (autorite termin: etanooli absorbeerumiskonstant)

määrati valemi järgi $A = \frac{C \cdot e \cdot 60}{t}$, A väärtused üle 1,5 ‰ leiti üksnes alkoholismihaigetel.

Mõned märkused oma kogemuste põhjal.

Käesoleva kirjutise autori arvates jääb uurimise algus hiljaks, kui etanooli kasutada testannusena 0,2 g kehakaalu ühe kilogrammi kohta ja kui uuringuid alustada 15 minutit pärast testannuse manustamist. Nimelt katsetes testannusega 0,5 g/kg oli maksimaalne kontsentratsioon osal haigetel sel ajal juba saavutatud (2). Arvan, et testannusena 0,5 g/kg võiks etanooli kasutada

sama katsekorralduse puhul või alustada uurimist testannusest 0,2 g/kg 10...12 minutit pärast selle manustamist.

Juba E. M. P. Widmarki ajast peale on rakendatud tema valemit $A = p \cdot r \cdot c$, kus A tähistab tarvitatud alkoholi hulka grammides (2, 4, 9). Ei ole õigustatud autorite esitatud valemis (7) teise lähedase tähendusega A sissetoomine, vaid peab kasutusele võtma uue tähistusviisi. Et autorid (7) määrasid etanooli kontsentratsiooni väljahingatavas õhus gaaskromatograafia-meetodil, ei ole nende poolt soovitatud valemit võimalik kasutada, kui verealkoholi kontsentratsioon on määratud teistel meetoditel. Tegelikult iseloomustab I. Troitski ja kaasautorite (7) poolt antud valem vere alkoholkõvera ülenevat osa kuni maksimaalse alkoholkontsentratsiooni (C_{max}) saabumiseni ehk alkoholi resorbeerumise kiirust (2, 3, 9).

Seda verealkoholkõvera lõiku ei peaks iseloomustama mitte üks punkt, kontsentratsiooni maksimum (C_{max}). Oleks vaja, eriti ekspertiisijuhtudel, määrata verealkoholi kontsentratsioon 5...10-minutiste vaheaegade järel katse algusest kuni kõvera tipu saabumiseni ja selle alusel määrata alkoholi resorbeerumise kiirus, milleks on otsustavaks rakendada juba ammu kasutatavat Gaussi vähimruutude valemit

$$\beta\beta = \frac{\sum t \cdot \Sigma c - n \cdot \Sigma tc}{(\Sigma t)^2 - n \cdot \Sigma t^2} \% \text{ minutis,}$$

kus t on kõikide vereproovide tegemise aegade summa, c — kontsentratsioonide summa, tc — kontsentratsioonide ja aegade korrutise summa, n — vereproovide arv.

Seda valemit on tänapäevani kasutatud etanooli elimineerumise kiiruse β määramiseks ja kõvera selle osa langustendentsi tõttu on väärtused negatiivsed. Soovitan alkoholi resorptsiooni kiiruse tähistamiseks C_{max} saavutamiseni ehk farmakokineetilise etanooltesti märkimiseks kasutusele võtta tähistus $\beta\beta$, mille väärtused kõvera tõusutendentsi tõttu on positiivsed.

Tähistus $\beta\beta_{60}$ on farmakokineetilise etanooltesti väärtus tunnis.

I. Troitski ja kaasautorid (7) on kliinilise materjali analüüsimisel lähtunud kolmest uuritavast põhirühmast: kontrollrühm, olmejoomarid ja kroonilised alkoholismihaiged. Minu arvates ei ole võrdluseks kasutatud rühma «olmejoomarid» küllaldaselt defineeritud ja rahvusvahelise haiguste ja surma põhjuste klassifikatsiooni 8. ega 9. läbi vaatuse järgi (RHK-8 ja RHK-9) ei kuulu see meditsiiniliste haiguste põhjuste loetelusse. Seepärast peaks võrdluse aluseks olema rahvusvahelise klassifikatsiooni poolt ranglt defineeritud isikuterühm «alkoholi kuritarvitajad» (RHK-9, šiffer 305.0), mille koosseisu NSV Liidus kehtestatud variandi järgi kuuluvad episoodiline, süstemaatiline ja täpsustamata vorm (1). Nende farmakokineetiline etanooltest ületab usaldusväärselt kontrollrühma väärtused, kuid on alla 1,5 % tunnis (7).

1983. aastal kehtestati meil RHK-9, NSV Liidus kohandatud variant, milles alkoholismiküsimuses rahvusvaheliselt tunnustatud seisukohti ei ole arvestatud, on jäädud põhiliselt RHK-8 seisukohtade juurde. Seetõttu meil kehtiv RHK-9, šiffer 305.0 erineb suuresti rahvusvahelisest variandist. See aga mõjub segavalt narkoloogide ja psühhiaatrite ning teiste erialade arstide igapäevases diagnoosimistegevuses ning see peegeldub ka I. Troitski ja kaasautorite töös (7). Selle kohta on ilmunud andmeid ka mujal (4, 5).

I. Troitski ja kaasautorite (7) poolt soovitatud farmakokineetiline etanooltest väärtusega 1,5 % tunnis kui alkoholismihaigete alkoholi kuritarvitajatest diferentseerimise alus on eksperimentaalselt küllalt paljude uuritavate korral põhjendatud. Seetõttu peaks see kliinilises praktikas laialt kasutusele võetama kui rangelt spetsiifiline ja suure tundlikkusega (95%) abimenetlus.

Minu uurimuse tulemused. Arvestades I. Troitski ja kaasautorite (7) poolt kasutuselevõetud farmakokineetilise etanooltesti piirväärtust üle 1,5 % tun-

nis, et alkoholismihaiged diferentseerida alkoholi kuritarvitajatest, tegin oma doktoriväitekirjas (2) leiduvate katseandmete interpretatsiooni selle uude menetluse, nimelt farmakokineetilise etanooltesti abil. Kõikides oma katsetes olen kasutanud etanooli testannuses 0,5 g kehakaalu ühe kilogrammi kohta. Alkoholi resorbeerumise kiiruse ehk farmakokineetilise etanooltesti määramiseks olen kasutanud eespool mainitud universaalset Gaussi vähimruutude valemit, sest töös esitatud katseandmed on määratud E. M. P. Widmarki mikrokeemilise meetodi alusel. Katse algusest kuni lõpuni oli vereproove tehtud sageli. See võimaldas farmakokineetilist etanooltesti määrata kõikidel uurimiselalustel.

Väitekirjas on kokku võetud 40 isiku uurimise tulemused, on tehtud 42 katset. Diagnoosid määrati anamneesi, sümptomide ja haiguse kulu põhjal. Mingsuguseid laboratoorseid diagnoosimisvõimalusi ei olnud. Et rahvusvaheline haiguste ja surma põhjuste klassifikatsioon Eestis tol ajal veel ei kehtinud, on ülevaates võrreldavate andmete saamisel lähtutud järgmisest uuritavate jaotusest: karsklased, episoodiline alkoholi kuritarvitamine (RHK-8, šiffer 303.0), pidev ehk süstemaatiline ehk harjumuslik alkoholi kuritarvitamine (RHK-8, šiffer 303.1) ja kroonilised alkoholismihaiged. Selline vahetegemine on tingitud järgmistest asjaoludest: NSV Liidus kohandatud RHK-9 variandis on šifri 305.0 alla ühendatud alkoholi episoodiline (RHK-8, šiffer 303.0), süstemaatiline ehk harjumuslik (RHK-8, šiffer 303.1) ja täpsustamata kuritarvitamine, mis ei võimalda neid lähemalt eristada. RHK-9 originaalvariandis aga on süstemaatiline ehk harjumuslik alkoholi kuritarvitamine (RHK-8, šiffer 303.1) ühendatud kroonilise alkoholismiga, arvestades ÜTO ekspertide komitee soovitusi 1965. aastast (10).

Peatun nüüd oma töös esitatud uurimisrühmadel. Karsklaste rühma kuulus esialgu 8 19... 50 aasta vanust meest. Alkoholi resorbeerumise kiirus $\beta\beta_{60}$

kõikus 7 isikul 0,20...0,89% vahel. Ühel sellesse rühma kuulujal oli $\beta\beta_{60}=1,1\%$ ja selle tulemuse põhjal arvati ta episoodiliselt alkoholi kuritarvitajate hulka.

Pidev ehk harjumuslik alkoholi kuritarvitamine oli diagnoositud kümnel 22...59 aasta vanusel haigel. Neist seitsmel kõikus $\beta\beta_{60}$ 1,59...3,13% vahel ja nad arvati alkoholismihaigete hulka. Nende kohta teati, et nad olid alkoholi kuritarvitajad, kuid ühelgi ei olnud kroonilise alkoholismi diagnoosi. Kolmel 22...44 aasta vanusel isikul oli $\beta\beta_{60}$ 0,24...1,33% ja neid peeti episoodiliselt alkoholi kuritarvitajateks.

Farmakokineetilise etanooltesti andmeid arvestades on väitekirjas vaatluse all oleva rühma — harjumuslik alkoholi kuritarvitamine — ühendamine alkoholismihaigetega põhjendatud (10), sest siia kuuluvast 10 uuritavast oli ainult kolmel testi väärtus alla 1,5% tunnis ja nad kuulusid alkoholi episoodiliselt kuritarvitajate rühma.

24...52-aastasi kroonilisi alkoholismihaigeid mehi oli 9, neist 7 haigel kõikus $\beta\beta_{60}$ 1,63...4,8% vahel. Alkoholismi diagnoosis ei tekkinud nende puhul kahtlust. Seejuures ilmnes: mida raskema alkoholismivormiga oli tegemist, seda suuremad olid farmakokineetilise etanooltesti väärtused.

Eraldi tuleb peatuda kahel haigel. Esimene neist, 47-aastane kauplusetöötaja, oli 16-aastasena nakatunud süüfilisse. Viibides haiglas oli diagnoosiks krooniline alkoholism ja Korsakovi sündroom. $\beta\beta_{60}$ võrdus tal 1,05%. Haigusloo andmed ja farmakokineetilise etanooltesti tulemused kinnitavad, et põhidiagnoos oli kaugelearenenud progresseeruv paralüüs, millele lisandus episoodiline alkoholi kuritarvitamine. Haige võeti arvele alkoholi episoodilise kuritarvitajana.

Teine haige, joomahulluse tõttu hospitaliseeritu, oli kogu elu pruukinud väga magustatud alkohoolseid jooke. Tema farmakokineetilise etanooltesti väärtus oli 0,19%, mis vastas väärtusele karsklattel. See oli ka ainuke

haige, kelle farmakokineetilise etanooltesti väärtus ei vastanud I. Troitski ja kaasautorite poolt (7) alkoholismihaigete puhul esitatud nõudeile. Vaatlusaluste hulgas oli see haige erandiks.

Suurt huvi pakuvad need uuritavad, kes objektiivsete asjaolude tõttu, nagu pikemaajaline haiglas viibimine, kohtupsühhiaatriline ekspertiis, ei saanud pikemat aega alkoholi tarvitada. Üldlevinud arvamuse kohaselt peaks alkoholi tarvitamise katkemise korral reaktiivsus neil kiiresti taastuma (6). Esimene neist pödes ajavahemikul 1922...1937 seitsmel korral joomahullust. Ta oli viimasel aastal pidevalt viibinud haiglas, kus aga alkoholi kätte ei saanud. $\beta\beta_{60}$ oli tal 2,50%.

Teine haige, kes noorusest peale oli olnud suur alkoholipruukija, haigestus skisofreeniasse ja viibis seetõttu üle 9 kuu haiglas. $\beta\beta_{60}$ oli tal 1,55%, millega tõestus krooniline alkoholism ja sellega kaasnev skisofreenia. Seega farmakokineetilise etanooltesti pikemaajalisel alkoholist loobumise korral ei normaliseerunud. Kahel selle rühma haigel esines sümptomaatiline episoodiline alkoholi kuritarvitamine, ühel oli see skisofreenia ja teisel epilepsia foonil ($\beta\beta_{60}$ vastavalt 0,99% ja 0,46%), kuna kolmas haige oli farmakokineetilise etanooltesti ja haigusloo andmetel episoodiline alkoholi kuritarvitaja ($\beta\beta_{60}=0,93\%$).

Eraldi rühmana vaadeldud 6 naisest olid kaks alkoholismihaigeid ($\beta\beta_{60}=3,05$ ja 3,95%), üks episoodiline alkoholi kuritarvitaja ($\beta\beta_{60}=0,40\%$) ja kolm karsklast. Andmete töötlemisel paigutati nad vastavasse rühma.

Kokku võttes võib öelda, et I. Troitski ja kaasautorite poolt kasutuselevõetud farmakokineetilise etanooltesti varal õnnestus alkoholismihaigetel diagnoosi palju täpsemini diferentsida, kui see oli võimalik ainult kliiniliste sümptomide alusel. Kogu analüüsitud materjal on esitatud tabelis.

Andmeid töödeldi TRÜ Arvutuskeskuses K. Ääremaa poolt Levene testi alusel. Töötlusel selgus, et karsklaste ja alkoholi episoodiliste kuritarvitajate

Tabel. Uuritavate jaotumus E. Karu väitekirja alusel (2)

Uuritavad	n	Vanus	$\beta\beta_{60}$ ‰	Keskmine
Karsklased	10	19... 60	0,20... 0,89	0,654±0,188
Episoodilised alkoholi kuritarvitajad	9	22... 50	0,24... 1,33	0,810±0,369
Alkoholiga harjunud	7	21... 59	1,59... 3,12	2,126±0,518
Alkoholismihaiged	13	24... 52	1,55... 4,80	2,798±0,385
Erand	1	37	0,19	

rühma vahel selles uurimismaterjalis usaldatavat erinevust ei ole ($P>0,05$). Karsklaste ja alkoholiga harjunute ehk süstemaatiliseltselt alkoholi kuritarvitajate rühmade vahel ilmneb oluline erinevus ($P<0,00001$), samuti on usaldatavalt erinev episoodiliselt alkoholi kuritarvitajate ja alkoholiga harjunute rühm ($P<0,00001$). Usaldatavalt erinevad on ka karsklaste ja krooniliste alkoholismihaigete rühmad ($P<0,00001$), kuna alkoholiga harjunute ja krooniliste alkoholismihaigete rühma vahel erinevust ei leitud ($P>0,05$).

Võrreldes tabeli andmeid, mille materjal on kogutud viiskümmend aastat tagasi, viimastel aastatel saadud I. Troitski ja kaasautorite (7) andmetega, ilmneb tulemuste väga suur ühtlanguvus. Raskused diagnoosimisel tekivad pideva ehk harjumusliku alkoholi kuritarvitamise osas, kus RHK-9 originaalvariandis ühendati need haiged haigetega, kellel krooniline alkoholism oli I staadiumis, nõudes diagnoosi määramist varem. NSV Liidus kohandatud variandis viidi harjumuslik alkoholi kuritarvitamine RHK-9 305.0 šifri alla. Nii tekib alkoholismi varajasel diagnoosimisel arstide töös ebakindlus. Sellest raskusest aitab üle saada I. Troitski ja kaasautorite (7) poolt kasutusele võetud farmakokineetiline etanooltest, mis spetsiifilisele, tundlikule ja haige taatele allumatule reaktsioonile toetudes aitab igal üksikjuhul diferentsida, kas on tegemist episoodilise alkoholi kuritarvitamisega, s. o. mitte veel haigusega, või juba kroonilise alkoholismiga, alkoholisoõltuvusega. Nii on võimalik üle saada raskustest, mis on tekkinud RHK-9 NSV Liidus kohandatud variandi kehtestamisel.

Organism kaitseb mitmesuguste jääridega end paljude toksiliste toimeainete vastu. Etanooli suhtes aga valitseb vastupidine tendents. Vastavalt sellele, kui intensiivne ja korduv on alkoholi kuritarvitamine, hakkab aeglaselt suurenema alkoholi resorbeerumise kiirus. Kui karsklastel alkoholi resorbeerumise kiirus ($\beta\beta_{60}$) ei ületa kuni kõrge eani 1,0 ‰ tunnis, saavutab see episoodiliselt alkoholi kuritarvitamisel kuni 1,5 ‰ tunnis. Kui alkoholi kuritarvitamine jätkub, ületab resorptsiooni kiirus 1,5 ‰ tunnis ja siis on tegemist kroonilise alkoholismiga, alkoholisoõltuvusega kui progresseeruva haigusega, mille puhul farmakokineetilise etanooltesti väärtus on seda suurem, mida raskem on alkoholismi sümptomaatika.

Farmakokineetilise etanooltesti teoreetilised alused vajavad veel põhjalikku uurimist, et selgitada, missugustel mehhanismidel põhineb etanooli resorbeerumise kiirenemine vastavalt haiguse süvenemisele — kas etanooli resorbeerumise teendamise süvenemine, organismi muutunud reaktiivsus, maksafunktsiooni muutumine, etanooli-ainevahetuse keskne regulatsioonihäire.

Järeldused ja soovitused. Sage alkoholsete jookide pruukimine kutsub esile alkoholi resorbeerumise taastumatu kiirenemise, mida saab kasutada alkoholismi diagnoosimise abivahendina.

Alkoholi resorbeerumise kiirenemine on rangelt spetsiifiline, taatele allumatu, järjest süvenev aeglane protsess, mida on võimalik hinnata farmakokineetilise etanooltestiga.

Diagnostilise hinnangu farmakokineetilise etanooltesti rakendamiseks anab raviarst või ekspert.

Farmakokineetilise etanooltesti kasutuselevõtmisega võimaldub kroonilise alkoholismi ehk alkoholisõltuvuse senisest varajasem diagnoosimine.

Farmakokineetilise etanooltesti tulemuste laialdasem kasutamine alkoholismivastases selgitustöös võimaldab selle aeglaselt progresseeruva haiguse olemust ja ohtu senisest põhjalikumalt valgustada. Farmakokineetilise etanooltesti kasutuselevõtmine nõuab kroonilise alkoholismi all kannataja ravi süsteemi täiustamist.

Farmakokineetilisel etanooltestil on suur diferentsiaaldiagnostiline tähtsus juhtudel, kui mitmesugused somaatilised või psüühilised haigused on kombineerunud alkoholismivormidega.

Ilma farmakokineetilise etanooltesti tulemusteta ei ole võimalik täita Eesti NSV tervishoiuministri käskkirja 15. juunist 1987, kui on tarvis esmakordselt määrata või eitada kroonilise alkoholismi diagnoosi isikutel, kes kaks korda aastas on sattunud kainestumajja või ilmunud joobnult avalikku kohta (p. 2.1.1), kes on rikkunud ühiseluregleid ühiselamus või perekonnas (p. 2.1.2), ja noorukitele, kes on tarvitanud alkohoolseid jooke (p. 2.1.5).

Sundravile suunamisel on vaja arvestada farmakokineetilise etanooltesti tulemust. Alkoholismivastasele sundravile ei kuulu need, kelle etanooltesti väärtus on alla 1,5 ‰ tunnis.

Farmakokineetilist etanooltesti tuleb rakendada kõigi mootorsõidukite juhtide uurimisel, kes on tabatud alkoholjoobes auto juhtimiselt või kes on joobes teinud avarii. Kui farmakokineetilise etanooltesti väärtus on üle 1,5 ‰ tunnis, tuleb kroonilise alkoholismi diagnoosimiseks rakendada kompleksset ekspertiisi. Autojuhikursustele ei tohi võtta isikuid, kelle farmakokineetiline etanooltest on üle 1,5 ‰ tunnis.

Farmakokineetilise etanooltesti kasutuselevõtmiseks tuleb meie suuremad psühhiaatriaahaiglad ja Vabariiklik Narkoloogiadispenser varustada usaldusväärse, ühtse ja nüüdisaegse aparatuuriga alkoholi määramiseks veres ja väljahingatavas õhus.

KIRJANDUS: 1. *Grünthal, V.* Psüühikahäirete klassifikatsioon. Eesti NSV-s kasutamiseks adapteeritud 9. rahvusvaheline statistiline klassifikatsioon ja psühhiaatriliste diagnooside vormistamise reeglid. Metoodiline juhend. I. Tallinn, 1986. — 2. *Karu, E.* Widmark'i alkoholi määramise mikromeetodi rakendamise alustest Eestis ja kroonilise alkoholismi diagnoosimise võimalusest selle abil. Tartu, 1939. — 3. *Karu, E.* Blutalkohol, 1975, 12, 307—315. — 4. *Karu, E., Saarma, J.* Materjale psühhiaatria praktikumiks. Tartu, 1976. — 5. *Karu, E.* Raskusi kroonilise alkoholismi resp. alkoholisõltuvuse diagnoosimisel. Trükis. — 6. *Saarma, J.* Aju ja alkohol. Tallinn, 1987. — 7. *Troitski, I., Veimer, S., Muzōka, V., Verrev, J., Mumma, J., Raju, A.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1988, 3, 177—180. — 8. Vaimu- ja Närvihaiguste Kliiniku haiguslugu nr. 15 282, 15. sept. kuni 6. okt. 1938.

9. *Кару Э.* В сб.: Вопросы клинической неврологии и психиатрии. Т. 3. 1963, 15—39. — 10. Всемирная организация здравоохранения. Серия технических докладов № 312. Комитет экспертов ВОЗ по лекарственным средствам вызывающим зависимость. Четырнадцатый доклад. Женева. 1966.

Summary

The use of pharmacokinetic ethanol test for chronic alcoholism as an auxiliary laboratory method. Consumption of alcoholic drinks brings about an increase in the rate of ethanol resorption, which is usually slow, strictly specific, involuntary, irreversible and ever deepening process. The author points out that the pharmacokinetic ethanol test, as an auxiliary one, makes it possible to differentiate between chronic alcoholism and alcoholism-linked psychic and somatic disorders. The results of the pharmacokinetic ethanol test are significantly higher in habitual alcohol abusers compared with those in teetotalers and episodic alcohol abusers. (Levene's test is based on $P < 0.00001$).

Резюме

Об использовании фармакокинетического этанол-теста в качестве вспомогательного лабораторного метода при диагностике хронического алкоголизма. Употребление алкогольных напитков вызывает повышение скорости резорбции этанола. Это медленный, строго специфический, непроизвольный, невосстановимый, постоянно углубляющийся процесс, который позволяет использовать в качестве вспомогательного средства данные фармакокинетического этанол-теста при диагностике хронического алкоголизма и дифференциальной диагностике психических и соматических заболеваний, сочетающихся с алкоголизмом. Фармакокинетический этанол-тест у систематически злоупотребляющих алкоголем (привыкших к алкоголю) и у людей, перенесших алкогольный психоз, достоверно выше, чем у непьющих и эпизодически злоупотребляющих алкоголем (на основании теста Левена $P < 0,00001$).

UDK 616.33-006-073.75

Varajase maovähi röntgendiagnoosimine

Erich Kuus · Tartu

maovähk, esinemissagedus, röntgendiagnoosimine

Maovähk on teiste pahaloomuliste kasvaja seas kõige sagedamaks surma põhjustajaks (10). Teatavasti on maovähk 75%-l juhtudest kaugelearenenud (9). Et röntgenuurimist peetakse maohaiguste diagnoosimisel kõige laialdsemalt kasutatavaks meetodiks, on ka arusaadav, et peale hilise arsti poole pöördumise on maovähi hilise avastamise põhjuseks sageli ka röntgendiagnoosimise vead (8). Topeltkontrasteerimise meetodi väljatöötamine käesoleva saajandi 70-ndatel aastatel (6) tõi seni rakendatud lihtsa kontrasteerimismetodiga võrreldes suure pöörde varajase maovähi röntgenoloogilisse diagnoosimisse. Peagi selgus, et topeltkontrasteerimise

rimine üksi ei ole selleks küllaldane, et osa varajase maovähi sümptoome tuleb paremini nähtavale vana, lihtsa kontrasteerimise teel (1). Järgnevalt esitame oma seisukohad varajase maovähi röntgendiagnoosimise kohta.

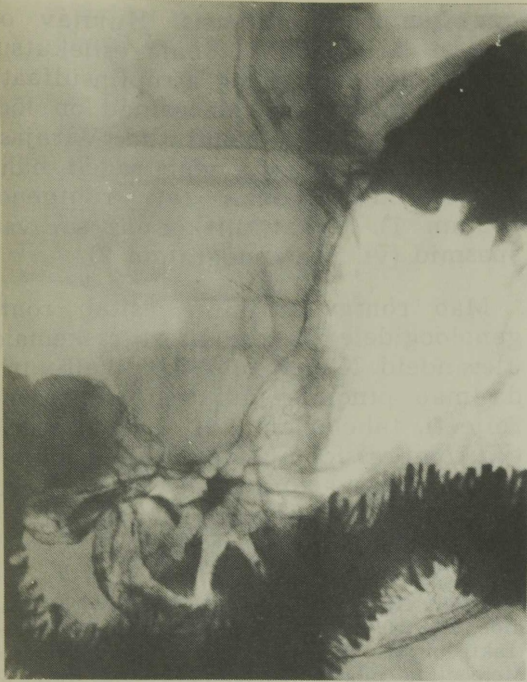
Uurimismaterjal ja -meetod. Ajavahemikul 1983...1987 uuriti röntgenoloogiliselt 857 25...81 aasta vanust haiget, kes olid suunatud Tartu Linna Onkoloogiadispenserisse. Neist 213-l tehti maooperatsioon, 19-l diagnoositi operatsioonimaterjali histoloogilise uurimise alusel mao limaskestast vähk.

Röntgenoloogilisel uurimisel kasutati kahefaasilise kontrasteerimise meetodit. Esimeses uuringute faasis toimus topeltkontrasteerimine, teises aga lihtne kontrasteerimine. Meetodi üksikasjalik kirjeldus on antud metoodilises juhendis (2), mille on tervishoiu-ministeerium röntgenoloogidele tutvumiseks saatnud, samuti hiljuti avaldatud artiklis (3).

Töö tulemused ja arutelu. 213 röntgenoloogiliselt uuritud ja opereeritud oli varajane maovähk 19 haigel (8,9%). Neist 11-l oli magu ka eelnevalt röntgenoloogiliselt uuritud, kasutades lihtsat kontrasteerimist.

Tabel. Mao lihtsal ja kahefaasilisel kontrasteerimisel määratud diagnooside võrdlus operatsioonipreparaadi histoloogilise uurimise andmetega

Hai-ge	Diagnoos		Histoloogiline diagnoos
	lihtsal kontrasteerimisel	kahefaasilisel kontrasteerimisel	
1.	Normaalne leid	Varajane maovähk	Mao limaskestast vähk
2.	Leid: jämedad voldid	Maligniseerunud krooniline haavand	Krooniline haavand, ühes servas adenokartsinoomi rakud
3.	Kroonilised haavandid	Varajane maovähk	Mao limaskestast vähk
4.	Krooniline haavand	I...II staadiumi maovähk	Mao limaskestast vähk
5.	Eksofüütne vähk	Maligniseerunud polüüp	Maligniseerunud polüüp
6.	Eksofüütne vähk	Maligniseerunud polüübid	Maligniseerunud polüübid
7.	Maovähk	Maligniseerunud polüüp	Maligniseerunud polüüp
8.	Maovähk	Maligniseerunud polüüp	Maligniseerunud polüüp
9.	Maovähk	Endofüütne haavanduv maovähk	Mao limaskestast vähk
10.	Maovähk	Endofüütne haavanduv vähk ja erosiivne gastriit	Mao limaskestast vähk
11.	Maovähk	Varajane maovähk	Mao limaskestast vähk
12.	Uuringut ei tehtud	Varajane maovähk	Mao limaskestast vähk
13.	Uuringut ei tehtud	Maligniseerunud krooniline haavand või varajane maovähk	Mao limaskestast vähk
14.	Uuringut ei tehtud	II...III staadiumi maovähk	Mao limaskestast vähk
15.	Uuringut ei tehtud	I...II staadiumi maovähk	Mao limaskestast vähk
16.	Uuringut ei tehtud	Varajane maovähk	Mao limaskestast vähk
17.	Uuringut ei tehtud	Varajane maovähk	Mao limaskestast vähk
18.	Uuringut ei tehtud	Maligniseerunud polüüp või varajane maovähk	Mao limaskestast vähk
19.	Uuringut ei tehtud	Mao polüübid	Maligniseerunud maopolüübid



Röntgenogramm 1. Maoantrumi tagumises seinas röntgenkontrastaine depoo, mille ümber voltide konvergens. Varajane maovähk.

Nagu tabelist näha võib, annab lihtne kontrasteerimine varajase maovähi diagnoosimisel ebarahuldavaid tulemusi: 11 haigest leiti maovähk 7-1, kahel diagnoositi krooniline haavand ning kahel kirjeldati kas normaalset magu või ainult jämedaid volte. Uurimismaterjali analüüs näitas, et röntgenoloogid ei tunne isegi lihtsal kontrasteerimisel ilmnevaid sümptome. Nii peetakse mao lihtsal kontrasteerimisel leitud voltide konvergentsi kroonilisele haavandile iseloomulikuks, kuid ei teata, et sama sümptoomi esineb samuti varajase maovähi puhul. Seesama kehtib ka maoseina toonuse tõusu ehk nn. sõrmesümptoomi kohta. Kui lihtsa kontrasteerimise perioodil peeti kompressioonil ajuti püsivat röntgenkontrastaine depood kahtlase väärtusega sümptomiks, siis nüüd teame, et labiilne depoo on varajase maovähi üks olulisemaid sümptome. On aja nõue, et röntgenoloog peale diagnoosi «maovähk» püüaks määrata ka vähi kasvu ulatust, mis teatavasti on operatsioonitaktika väljatöötamisel küllalt tähtis.

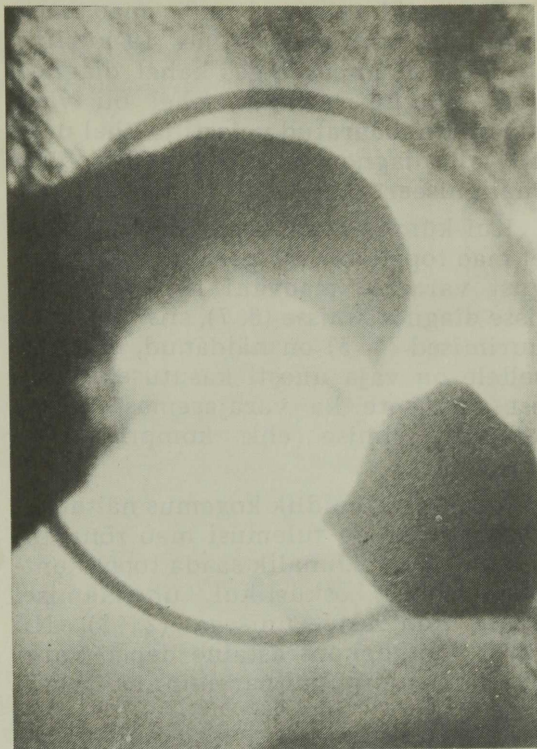
Paremaid tulemusi andis mao kahefaasiline kontrasteerimine: 19 uuritust 15-1 oli diagnoos õige, kahel diagnoositi endofüütne vähk, ühel oli vähi staadium määratud valesti ja ühel uuritul oli diagnoosimata jäänud polüübi maligniseerumine.

Kui kümme aastat tagasi arvati, et mao topeltkontrasteerimine toob selgust varajase maovähi röntgenoloogilisse diagnoosimisse (6, 7), siis hilisemad uurimised (4, 5) on näidanud, et lisaks sellele on vaja uuesti kasutusele võtta osa elemente ka varajasemast, lihtsa kontrasteerimise ehk kompressiooni-meetodist.

Meie tagasihoidlik kogemus näitab, et kõige paremaid tulemusi mao röntgenuurimisel on võimalik saada topeltkontrasteerimise oskuslikul ühendamisel lihtsa kontrasteerimisega (2, 3). Nii tuleb röntgenkontrastaine depoo varajase maovähi puhul paremini nähtavale



Röntgenogramm 2. Mao subkardiaalpiirkonna tagumises seinas grupp erosioone, millest suurimas (nool) leiti histoloogiliselt limaskestavähk. Suurel maoköverikul tugev spasm. Varajane maovähk. Haige oli 26 aastat dispansseeritud Ménétrier' sündroomi tõttu.



Röntgenogramm 3. Varajase maovähi puhul tuleb põetikuval hästi nähtavale kompressioonifaasis. Topeltkontrasteerimise faasis nimetatud sümptom ilmsiks ei tule.



Röntgenogramm 4. Rigiidne platoo, jonesümptom (nool) ja spasmid (nool) tulevad ilmekalt esile kompressioonifaasis. Varajane maovähk.

topeltkontrasteerimise faasis (vt. röntgenogramm 1 ja 2), põetikuval (vt. röntgenogramm 3), rigiidne platoo ja jonesümptom (vt. röntgenogramm 4)

aga kompressioonifaasis. Huvitav on see, et kui maohüpoonia esilekutsu-
miseks kasutada 1 mg atropiinsulfaati,
kaovad maovoldid. Maoseinad on lõd-
vad, gaasiga välja venitatud. Varajase
maovähi ümber aga võib sageli näha
voltide konvergenti (vt. röntgeno-
gramm 1). Selles piirkonnas säilivad
spasmid (vt. röntgenogramm 2).

Mao röntgenuurimine esitab rönt-
genoloogidele uusi, senisest raskemaid
ülesandeid. Nimelt tuleb hoolikalt uuri-
da mao pindmisi muutusi ehk peen-
reljeefi, tähelepanelikult teha doseeri-
tud kompressioon ja lõpuks uurida elun-
dit ka pingsal kontrasteerimisel. Kogu
protseduur toimugu kindla ja läbimõel-
dud süsteemi järgi.

KIRJANDUS: 1. *Boverie, J. H. J.* Belge Radiol., 1977, 60, 1, 37—58. — 2. *Kuus, E.* Seede-
trakti ülemise osa röntgenoloogiline uurimine. Metoodiline juhend. Tartu, 1987. — 3. *Kuus, E.* Radiol. Diagn., 1988, 29, 3, 423—430. — 4. *Laufer, I.* Double Contrast Gastrointestinal Radiology. Philadelphia—London—Toronto, 1979. — 5. *Treichel, J.* Doppelkontrastuntersuchung des Magens. Stuttgart—New York, 1982. — 6. *Shirakabe, H.* Double Contrast Studies of the Stomach. Stuttgart, 1972. — 7. *Shirakabe, H., Ichikawa, H., Kamakura, K.* Atlas of X-ray Diagnosis of Early Gastric Cancer. Philadelphia, 1966.

8. *Портной Л. М., Симаповян К. В., Туровский Б. М. и др.* Вестн. рентгенол. радиол., 1986, 2, 9—15. — 9. *Соколов Ю. Н., Петров В. И.* Вopr. онкол., 1960, 6, 3—11. — 10. *Чернуосов А. Ф., Корчак А. М., Стренько В. Т. и др.* Хирургия, 1983, 8, 100—104.

Summary

X-ray diagnosis of early gastric cancer. For the x-ray diagnosis of an early gastric cancer a biphasic contrasting standartized method (BCSM) was used. The results obtained by BCSM were compared with those of a simple contrast method. 19 cases of the early gastritic cancer, which were histologically verified, were investigated by the biphasic method. In 15 cases the diagnosis was accurate and in 2 cases an endophytic cancer was diagnosed; in 1 case the stadium of the cancer was incorrectly diagnosed, in 1 case the malignization of a polype was not determined. The sensitivity of a simple contrast method was lower, so it was not possible to indicate the stadium of cancer. 11 patients were investigated by the latter method. In 7 cases gastric cancer and in 2 cases chronic ulcer were diagnosed. Thick folds were diagnosed in 1 case, and in 1 case no pathological features were found. It is

concluded that the biphasic contrasting of the stomach helps to increase the diagnostic accuracy in an early gastric cancer.

Резюме

О рентгенодиагностике раннего рака желудка. В рентгенодиагностике раннего рака желудка был использован метод двухфазного контрастирования желудка, разработанный и стандартизированный автором. В 15 из 19 гистологически верифицированных случаев был поставлен диагноз раннего рака желудка, в 2 — эндодифтного рака, в 1 — рака желудка II—III стадии, и у 1 больного не удалось распознать озлокачествление полипа желудка. У 11 из названных 19 больных желудок был первоначально исследован при помощи простого контрастирования. У 7 из них был поставлен диагноз рака желудка, у 2 — хронической язвы, у 1 было описано наличие расширенных складок и у 1 — диагностирован нормальный желудок. Применение разработанного двухфазного метода рентгенологического исследования желудка существенно помогает повысить точность диагностики раннего рака желудка.

*TRÜ arstiteaduskonna radioloogia
ja onkoloogia kateeder*



UDK 616-091:614(474.2)(049.2)

Kliinilisest morfoloogiast gastroenteroloogi pilgu läbi

Heidi-Ingrid Maaroo · Tartu

Eesti peapatoanoomi Vello Valdese algatatud mõttevahetus patoanoomia olukorrast Eestis (1) on teema, mis ei puuduta üksnes patolooge, vaid ka paljude teiste erialade esindajaid. Viimasel aastakümnel on kogu maailmas hakatud erilist tähelepanu pöörama kliinilisele morfoloogiale, mõeldes sellele eeskätt bioptaatide uurimist (2). Diagnooside alusel peaksid just kliinilismorfoloogilised uuringud järgmisel aastakümnel läbi tegema tõelise uutmise (2). Üks meditsiinialasid, mis on tihedalt seotud kliinilise morfoloogiaga, on gastroenteroloogia. Tänapäeval ei oska ette kujutada paljude seedeelundite haiguste, nagu gastriidi, koliidi, hepatiidi diagnoosimist ilma morfoloogilise uuringuta, sest haiguste jaotus nii haigusvormide kui ka raskusastme järgi põhineb tihti morfoloogilisel leiul, sellest aga olenevad haiguse õige ravi ning ravi tulemuste hindamine.

Seedeelundite tänapäevased uurimise meetodid võimaldavad ohutult võtta proovitükke praktiliselt kõikidest elunditest: söögitorust, maost, peensoolest, jämesoolest, maksast, pankreasest. Samal ajal võib haiguse ravi, kui histoloogilisest diagnoosist on mööda mindud, osutada haigele eluohtlikuks. Näiteks võib maovähi diagnoosimine hilineada, kui ei võeta koetükke mao limaskestast muutunud alast, haavanditest,

polüüpidest. Biopsiaeelse perioodi sel-line taktika, et kõigi vähiohtlike seisun-dite korral igaks juhuks opereerida, on haigele eriti kahjulik. On kahju, et seda tehakse tingimustes, kus meditsiiniteh-nika arenemisega on loodud kõik võimalused uurimismaterjali võtmiseks ning kus seda on võimalik jälgida korduvate uuringute teel.

Murranguks gastroenteroloogias oli fiiberendoskoopide kasutuselevõtmine söögitoru, mao, kaksteistsörmiksoole, jämesoole ning iileumi lõpposa uurimi-seks koos võimalusega võtta koemater-jali. Need instrumendid on kasutusel kõikides Eesti gastroenteroloogia-, on-koloogia- ja kirurgiakeskustes ning ka enamikus rajooni- ja linnahaiglates (Võ-ru, Viljandi, Pärnu, Kuressaare, Narva). Paraku aga toimub paljudes kohtades nendega vaid vaatlus, kasutamata kompleksuurimise võimalust. Sellise instrumendite pooliku rakendamise on tinginud kliinilise morfoloogiatalituse vähene kättesaadavus Eestis. Mõnel haiglal ja osakonnal, nagu Tallinna Vabariiklikul Onkoloogiadispanseril, Tartu Onkoloogiadispanseril, Tallin-na Kiirabihaiglal, Tallinna Vabariik-likul Haiglal, on arvatavasti küllalt rahuldavad võimalused elupuhuselt võetud koetükkide uurimiseks. Enami-kus Eesti rajoonikeskustes ja ka Tartus on gastroenteroloogiaosakonnas need võimalused piiratumad. Tänu ÜMPI enteroloogia- ja immunoloogialaboreilt saadud tehnilisele abile on näiteks Tartu Kliinilise Haigla gastroenteroloogiaosa-konnas tehtud ligikaudu 13000 mao-, 300 peensoole-, 700 maksa-, 1000 jäme-soolebiopsiat. Bioptaatide uurimine on saanud võimalikuks seetõttu, et Eesti gastroenteroloogide koolkonna rajajad professorid K. Villako ja V. Salupere on peale muu tegelnud ka kliinilise morfo-loogiaga. Seega ei ole enamiku nende uuringute tegemisest patoloogiatalitus ametlikult osa võtnud. Et aga rajooni-haiglates selliseid koostöövõimalusi ei ole, jäävad uuringud pooleli ning dia-gnoosid täpsustamata. Kõrvuti endo-skoopide tellimisega oleks vaja luua ka tingimused nende otstarbekaks kasuta-

miseks kõikjal, nii et iga protseduur annaks haiguse kohta maksimaalset informatsiooni. Seejuures peab välja kujunema rutiinne koetükkide võtmise süsteem, sest mitmed sellised haigused nagu gastriit ja ösofagiit võivad vaat-lusel mitte avalduda ning neid saab diagnoosida vaid histoloogiliselt. Seega oleks vaja võtta koetükke tunduvalt rohkem, kui seda siiani on tehtud.

Biopsia teel saadud koetükkide uuri-mine nõuab suurt täpsust ning eriette-valmistuse saanud laborante, kes val-daksid ka histokeemilisi uurimismeeto-deid. Kõige olulisem aga on seejuures klinitsisti ja morfoloogi koostöö. Nimelt on vaja teada, kust, milliste tangidega on proovitükk võetud või on see saadud hoopis aspiratsiooni teel. Mitmesuguste immunohistokeemiliste uurimismeeto-dite rakendamise korral peab endoskopi-st oskama koetükki fikseerida. Haigla morfoloogi kohustuseks on vahetult osa võtta haiguse diagnoosimisest ja haigus-juhtude arutelust. See ei tähenda veel püüdu vähendada patoloogi iseseisvust ja objektiivsust, see vaid loob võimaluse saada oma tööst tagasisidet ning pato-loogil tunda end otseselt haige abista-jana. Kliinilis-morfoloogiliste uuringute vajalikkusest peavad aru saama ka kliiniliste erialade spetsialistid. Kahjuks aga tingituna morfoloogiliste uuringute eraldatusest kliinikus või tihti tingituna ka nende tegemiseks võimaluste puudu-misest on peale kasvamas endoskopiisti-de põlvkond, kes diagnoosimisel parata-matult peab piirduma vaatlusega. Väheste kogemuste tõttu koetükkide võtmisel tekivad vead ning lõppkokku-võttes ei ole koetükid pärast keerukat morfoloogilist töötlust ikkagi diagnoosi-miseks kasutatavad. Eespool toodut arvesse võttes peab koostöö alati olema kahepoolne. Üks põhjusi, mis takistab morfoloogilise uurimise jõudmist selle-ga otseselt mittetegeleva arstini, on teh-niliselt hea aparatuuri puudumine.

Soome Vabariigi kogemustele toetu-des võin väita, et selliste vahendite, näi-teks preparaate projitseerimismikro-skoopide kasutamise korral on võimalik kogu arstkonna hulgas äratada huvi

morfoloogia vastu. Haigla konverentsidel toimus seal kõrvuti muude andmete esitamiseiga iga päev ka histoloogiliste preparaate demonstreerimine.

Et kliinilise morfoloogia ei ole Eestis küllaldaselt tähelepanu pööratud, ei ole ka proovitükke võimalik tänapäeva nõuetele vastavalt uurida. Heal juhul on võimalik kasutada vaid mõnd rutiinset värvimismeetodit, täielikult aga puuduvad võimalused uurida kampülobaktereid histokeemiliselt või mikrokoopiliselt kliiniliseks otstarbeks. Järelikult oleme jõudnud olukorrani, kus morfoloogia pideva teisejärgulise arendamisega oleme tõsise hoobi andnud ka teistele erialadele ning seal kasutatavatele meetoditele. Toob ju iga uus instrumentaalmeetod endaga kaasa jällegi vajaduse biopsia järele. Näitena tooksin sonograafia, mis Eestis arenema hakkab. Sonograafia loob võimalused tuumorite punkteerimiseks sonograafi kontrolli all, kuid lõppkokkuvõttes jõuame jällegi morfoloogilise uuringuni.

V. Valdese kirjutisest ilmneb mure patoloogide järelkasvu pärast, ka arvud kinnitavad, et selline mure on põhjendatud. Töötades gastroenteroloogia alal ja tegeldes morfoloogiaga, võin kinnitada, et kliiniline morfoloogia on huvitav eriala. Huvi tekkimist selle vastu aga pidurdab ilmselt senine arstide ettevalmistus. Selles puudub täiesti kliinilise morfoloogia see aspekt, mida eespool käsitlesin, nimelt morfoloogi osavõtt haiguse diagnoosimisest, haigele ravi määramisest ning ka paranemise tulemuste hindamisest. Muidugi on siin objektiivsed põhjused, nagu eraldi paiknevad hooned, suur töökoormus. Arvan, et kui soovitakse sellest ummikust välja pääseda, tuleks morfoloog tuua kliinikusse. Seda peaks tehtama juba ülikoolis arstide ettevalmistamisel. Seepärast oleks subordinatuuri raviosakonnas õpijatele lisaks sektsioonikursusele vaja kavva võtta ka kliinilise morfoloogia lühikursus, milles käsitletak haiguste morfoloogilisi klassifikatsioone, biopsia meetodeid, võimalikke tüsistusi, biopsia osatähtsust kliinilise diagnoosi ja ravi määramisel. Sellise programmi koosta-

jad peaksid olema patoloogid koos kliinitsistidega. Arvestades kliinilise morfoloogia tähtsust tänapäeva meditsiinis, toetan V. Valdese ettepanekut stimuleerida seda eriala nii moraalselt kui ka materiaalselt. Et algust teha patoloogide ja kliinitsistide sidemete sõlmimisega, korraldasime 1988. aasta kevadel Tartus seminari biopsia kliinilisest tähendusest seedeelundite haiguste diagnoosimisel. Seal arutati kokkuvõttena koostati Eesti tervishoiuministrile ning arstiteaduskonna dekaanile märgukiri, millele olid alla kirjutanud peapatoanatom V. Valdes ja peagastroenteroloog V. Salupere. Märgukirjas olid järgmised punktid.

1. Pidada vajalikuks, et patoloogilise anatoomia ja kohtuarstiteaduse kateeder ja arstiteaduskond üldse senisest rohkem valmistaksid ette patolooge hiljemalt subordinatuuri jooksul ja et ettevalmistus toimuks eriprogrammi alusel.

2. TRÜ arstiteaduskonna patoloogilise anatoomia ja kohtuarstiteaduse kateedri sektsioonikursusest tuleb elupuhuse koematerjali kliinilise kasutamise õpetamiseks eraldada vähemalt kuus tundi. Sellega peaksid tegelema kateedrid, kes vastavaid meetodeid arstipraktikas kasutavad.

3. Eestis on tarvis luua patohistoloogiaga tegelevate laborantide plaanipärase väljaõppe ja spetsialiseerimise võimalused, eriti meditsiinikooli lõpetanud velskerlaborantidele, kes hakkavad tööle patohistoloogialaborites. Tauline väljaõpe ja täiendamise võimalus on seni hoopis puudunud.

4. Patoloogide ja kliinitsistide, esmaajoones gastroenteroloogide koostöö parandamiseks tuleb vastavate arstide seltside juhatustel korraldada ühiseid haiguslugude arutelusid koos kliinilise ja biopsiamaterjali analüüsimisega. Lähemal ajal tuleb korraldada ühiskoosolek Eestis kasutatavate biopsiatulemuste klassifitseerimise ja diagnoosimise ühtlustamiseks. Nendest üritustest peaks osa võtma ka Eesti Kirurgide Selts, sest endoskoopiliste uuringutega tegeleb meil palju kirurge.

5. Et parandada diagnoosimise kvali-

teeti ja suurendada elupuhuse histoloogilise uurimise tulemuste demonstreerimise võimalusi arstide seas, tuleb «Eesti Meditsiinitehnikal» tellida ja muretseda kvaliteetseid mikroskoobe, sealhulgas ka luminescents- ja demonstratsioonmikroskoobe.

Lõpetuseks. Kui neid meetmeid ei rakendata kohe, halveneb diagnoosimise ja ravi kvaliteet veelgi ning mahajäämust ei korva isegi uue endoskoopilise ega ultraheliaparatuuri tellimine. Ja veel, kliinilise morfoloogia probleem ei puuduta üksnes gastroenteroloogiat, kuigi sel erialal on olukord eriti halvaks muutunud.

KIRJANDUS: 1. Valdes, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1988, 4, 273—278.

2. Давид Т. Арх. патол., 1988, 50, 2, 3—13.

Summary

Clinical morphology in gastroenterology. The author points out the significance of biopsy in the diagnosis of gastrointestinal diseases. Therefore, more moral and material support, in the future, should be given to clinical morphology in Estonia.

Резюме

Роль клинической морфологии в гастроэнтерологии. В статье обсуждалась роль клинической морфологии в развитии гастроэнтерологии. Несмотря на возможность получить современными методами пробные кусочки практически из всех органов пищеварительного тракта и необходимость учитывать результаты морфологического исследования в диагностике, биопсия до сих пор не нашла достаточно обширного применения. Основной причиной того, что развитию клинической морфологии уделяется недостаточно внимания, является слишком скудное материальное и моральное стимулирование этой дисциплины. Главными мероприятиями, направленными на изменение состояния клинической морфологии, являются следующие: перестроить подготовку студентов по патологической анатомии и включить в программу обучения прижизненную биопсию (методы получения пробных кусочков осложнения, роль в диагностике, влияние печени на морфологические изменения и т.д.); улучшить сотрудничество между клиницистами и морфологами путем проведения совместных обсуждений, конференций; улучшить материальную базу морфологических исследований (микроскопы, демонстрационные микроскопы).

TRÜ arstiteaduskonna
teaduskonnasisehaiguste kateeder

TERVISHOIUTOO KORRALDUS

UDK 614.39-003.1(474.2)

Kuidas peaks kujunema Eesti tervishoid uutes majandustingimustes?

Georg Männik · Tallinn

Tänaseks on massiteabevahendites esitatud põhimõtteline teoreetiline IME kontseptsioon majanduselu ümberkorraldamiseks.

Ilmselt on ülim aeg hakata elu- ja ametkondade kaupa koostama täpseid tegevuskavasid, mis sisaldaksid ühelt poolt lõppeesmärki, teiselt poolt näitaksid ära võimaliku tegevuse ülemineku perioodil. Saadud informatsioon omakorda annab võimaluse uuteks üldistusteks.

Artiklis käsitletakse sotsiaalpoliitika ühte valdkonda — tervishoidu, kusjuures peaesmärgiks ongi vaadelda üleminekuülesandeid ja -võimalusi, mille realiseerimine peaks olema esmatähtis.

Vaatamata sellele, et tervishoiuprobleeme, eriti puuduste osas, on korduvalt käsitletud, on siiski mõningad põhi-küsimused jäänud puudutamata.

Esiteks, kui võtame tegutsemise lõppeesmärgiks üldiste demograafiliste näitajate paranemise, siis sellega on sisuliselt määratud ka ülesanded. Need on eelkõige tervisekaitse ja selle tugevdamine, inimese turvalisustunnet tagav sotsiaalhooldus- ja sotsiaalkindlustussüsteem ning kättesaadav kvaliteetne arstiabi.

Nimetatud tervikliku tegevuse realiseerimiseks Eestis ei ole õige re-

organiseerida mitut ametkonda, nii nagu see praegu toimub, vaid anda ülesanded lahendada ühele ametkonnale. Sellisel juhul kaoks võimalus veeretada inimkesksete asjade üle otsustamine (taastusravi, invaliidide teenindamine ja muu) ühelt ametkonnalt teisele. Reaalne võimalus esimese sammu astumiseks on ühendada tervishoiu- ja sotsiaalhooldussüsteem.

Teiseks huvitab meid, mis tasandil ülesanded lahendatakse. Tegevuse järjepideva arengu huvides peaksime tänase päeva seisuga vaatlema koguni kuut tasandit: inimene, asutus-ettevõtteorganisatsioon, subrajoon (*resp.* vald, mikrorajoon), linnarajoon, regioon (*resp.* maakond) ja vabariik.

Kolmandaks on hädatarviklik fikseerida optimaalne küsimuste ring, mida iga tasand oma tegevuskava koostamisel peab arvestama. Esimese lähendusena piisab, kui iga probleemi lahendamisel lähtutakse tervishoiuökonomika, sotsiaalhügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni seisukohalt.

Tervishoiuökonomikat tuleb vaadelda kahest aspektist. Ühelt poolt inimese tervise väärtustamise aspektist, selle tähenduse mõistmisest ühiskonna taastootmisel ja rahvamajanduses üldse, ning teisalt spetsiifiliste rahandusküsimuste lahendamise seisukohalt. See tähendab, kuidas ja mis järjekorras anda kapitaalvahutusi, millist ja kui kallist aparatuuri osta ning kuidas mõista tervishoiu finantseerimise strateegiat tervikuna (uuritaval tasandil).

Sotsiaalhügieenile nagu meditsiiniökonomikalegi ei pöörata praegu piisavalt tähelepanu. Neisse valdkondadesse puutuv lahendatakse komplekssete tegevusprogrammide elluviimisega, mis peavad tagama kogu elanikkonna, ühiskonna vaimse ja füüsilise tervise. Sotsiaalhügieen on reeglina otsestes sõltuvuses uuritava territooriumi sotsiaal-majanduslikust olukorrast, olles selle peegliks. Probleemistiku sisuks on elukeskkonna mõju uurimine ning ilmnunud kahjuliku mõju kõrvaldamine. Koostoimivatena tuleb vaadelda isiklikku ning kollektiivi hügieeni

ja profülaktikat, sanitaarharidustöö korraldust, keskkonnakaitset.

Tervishoiuorganisatsioon peab olema selline, et igal tasandil oleks selgepiiriliselt ning arusaadavalt fikseeritud arstibikorraldus, kättesaadavus ja vajaduse korral konsultatiivabi. Ühtlasi peab olema kindlaks määratud tööjaotus ka naabertasandite vahel.

Eeltoodut arvestades võib teha esialgseid ettepanekuid, kuidas siis korraldada tervishoidu (tervisekaitset) igal tasandil.

Inimese tasandil on peamine üldiste hügieeni- ja profülaktikaküsimuste lahendamine. Esmaseks jõukohaseks ülesandeks on demograafiliste andmete avaldamine, lisades juurde hinnangud ning võrdlusandmed ka naaberriikide kohta.

Sanitaarharidustöö keskmes peab olema eelkõige õppiv noorsugu ning seda tuleb arvestada ka õppeprogrammide koostamisel. Ka kehakultuuriga tuleks eelkõige tegelda lasteasutustes ja koolides. Seega on sanitaarhariduse ja kehakultuuri korraldusest mõistlik rääkida üldhariduse (harituse!) kontekstis.

Sotsiaalhügieeni lahutamatuks osaks on inimese ja keskkonna vahelise seose uurimine. Ilmselt on vaja lähemal ajal läbi vaadata sanitaar-epidemioloogilise järelevalve põhimäärus ja muuta see ametkondadest sõltumatult toimivaks kohalikuks seaduseks. Ühtlasi on vaja täpsustada koostööpiirid Eesti NSV Looduskaitsekomiteega.

Inimkeskselt tasandilt lähtudes on kõikides ametkondades kohest lahendamist nõudvaks tööhügieeniga seotu. Ühelt poolt on tegemist ergonoomiliselt põhjendatud töökohtade rajamisega, teisalt tööprotsessi korraldusega tervikuna (eelkõige naiste tööhõive ja -korraldus).

Tähelepanu all peab olema üldtuntud riskitegurite mõju vähendamine ja nende kõrvaldamine. On ette näha üsna suuri raskusi elementaarnõuete täitmisega, sest suur osa hädavajalikest tervisekaitse- ja hügieenivahenditest pidevalt puudub. Kindlasti tuleb ette

näha kulutusi reklaami ja propaganda korraldamiseks.

Asutuse-ettevõtte-organisatsiooni tasandil — eelkõige vaja väärtustada töötaja — inimene. Tervisekaitseküsimused peaksid saama siin üldjuhul lõplikult lahendatud. Töökoht ja -tingimused peavad olema inimsõbralikud; asutuse tasandil peab olema võimalik lahendada töötajate olme- ja perekonnaprobleemid (vt. seadus «Riikliku ettevõtte (koondise) kohta»). Ühtlasi tuleb huvi tunda selle vastu, kuidas töötajad ja tema perekonnaliikmed arstiabi saavad, kuidas on korraldatud sotsiaalhooldus ning -toetus. See ei tähenda, et iga asutus või ametkond loob oma arstiabivõrgu, vaid seda, et iga asutus naaberasutustega integreeritult korraldab nii, et saadaks arstiabi vastavalt vajadusele.

Sellelt tasandilt võibki juba näha sotsiaalpoliitika põhilüli — **subrajooni** funktsiooni. Täna see veel puudub. Nimelt on tegemist sellise administratiivüksusega, kus kindlal territooriumil elavad inimesed on kindlustatud kõigi infrastruktuuri eksisteerimiseks vajalike talitustega. Subrajoonis peavad olema iseseisev meditsiinasutus (ambulatooriumi tüüpi), sotsiaalhooldusasutused, saunad, spordisaalid, klubid.

Subrajoonil on sotsiaal-kultuuriliseks tegevuseks oma eelarve, mis on proportsionaalne subrajooni elanike arvuga.

Siit edasi jõuame **rajooni tasandini**, mille funktsiooniks on eelkõige finants- ja ehitusküsimuste lahendamine, eelarve proportsionaalne jaotamine subrajoonide vahel. Seega on rajooni peamiseks ülesandeks ravi- ja profülaktika- ning sotsiaalhooldusasutuste võrgu loomine, mis subrajoonile ei ole jõukohane. On ette näha, et tulevikus korraldab oma finantsmajandust täies mahus subrajoon ise ja rajooni tasand võib kaduda. Seepärast ei ole võib-olla praegu õige rajooni keskhaigla üheks funktsiooniks pidada meditsiinitalituse juhtimist rajoonis, vaid see on asutus, kus antakse abi nendel erialadel, mis subrajoonides puuduvad. Seega sub-

rajooni ravi- ja profülaktika- ning sotsiaalhooldusasutused planeerivad ise oma tegevust ja ka vastutavad selle eest, mistõttu tervishoiu- ja teised sotsiaalküsimused otsustatakse ning lahendatakse sealsete elanike poolt ja nende huvides.

Nii subrajooni kui ka rajooni tervisekaitse peamiseks kriteeriumiks on nende territooriumi demograafilised näitajad ja haigestumus.

Järgmine tasand — **regioon** — on funktsionaalne üksus, mille ülesanne on lõplikult lahendada kõik sotsiaalküsimused. Regioonis on rajoonidevahelise koostööteel võimalik ökonoomsemalt välja ehitada internaatkodud, taastusraviasutused, mille ehitamisele ja töökorras hoidmisele ei ole suudetud küllaldaselt tähelepanu pöörata.

Et rajoonide (subrajoonide) omavahealise suhtlemise ning iseregulatsioonimehhanismide käivitamise aluseks peaksid saama rahalised lepingud, siis nimetatud asutuste haldamine toimub samuti rahaliste lepingute alusel.

Seega, kui finantsmajanduse korraldamine jäi rajooni (edaspidi subrajooni) tasandile, siis regiooni tasandile jäävad sisuline erialane juhendamine ja koordineerimine. Seejuures valitakse juhendajad-koordineerijad (nõukogud, seltsid) eelkõige regiooni spetsialistide hulgast.

Järelikult peaks **vabariiklik tasand** eeltoodud mudeli rakendumise korral vabanema finantsmajanduslike ja kitsalt erialaste küsimuste lahendamisest. Avaneb võimalus tegelda sellega, mida ootab meie vabariik tervikuna — tegelda sotsiaalpoliitika, sealhulgas tervisekaitse põhiküsimustega. Need on statistikaandmete koondamine ja analüüs, nende võrdlemine ja avalikustamine ning nende andmete alusel pikaajaliste tervisekaitseprogrammide ja -plaanide koostamine.

Ühtlasi tuleb vabariiklikul tasandil lahendada probleemid, mille puhul on vaja mitme ametkonna koostööd. Selleks et ratsionaalselt ja kiiresti reageerida olukorra muutustele, on vaja

juhtiv-koordineeriv ametkond allutada meie vabariigi huvidele.

Käesolevaga püüti esitada üks arengumudeleid, kuidas võiks inimkeskne tervisekaitsesüsteem praegust olukorda ja reaalseid võimalusi arvestades Eestis kujuneda.

Summary

What is the prospective development of Estonian public health in new economic conditions? This article deals with a possible humane health protection development scheme. The chief aim of this scheme is to improve population statistics, health protection, social security, safety and availability of medical care. Particular tasks should be carried out at different levels (at human, organizational, sub-regional, regional, urban and republican levels). At each level, the fulfilment of these tasks requires economy in health care, improvements in social hygiene and health organization. This scheme makes it possible to successfully carry out the above-mentioned priorities.

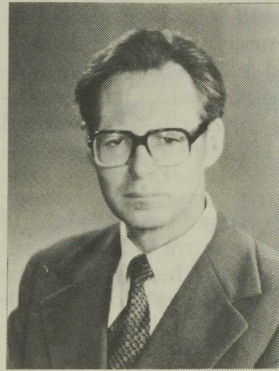
Резюме

Каким быть здравоохранению Эстонии в новых условиях хозяйствования? В статье рассматривается возможная модель развития человекоцентрической системы охраны здоровья, которая учитывает существующие обстоятельства и возможности. За конечную цель принято улучшение демографических показателей, задачами являются охрана здоровья и его укрепление, создание такой системы социального обеспечения и страхования, которая гарантировала бы человеку чувство защищенности и доступную медицинскую помощь. Для решения конкретных задач необходимо различать следующие уровни исследования: человека, учреждения — предприятия — организации, суб-района, города — района, региона и республики. На каждом уровне в ходе решения поставленной задачи исходят из аспекта экономики здравоохранения, организационного упорядочения социальной гигиены и здравоохранения.

Представленная модель дает возможность локализовать в новых условиях хозяйствования те задачи и возможности перехода, реализация которых является в настоящее время наиболее важной.

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Reinhold Birkenfeldt — meditsiinidoktor



17. juunil 1988 kaitses Moskvas NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Reumatoloogia Instituudis doktoriväitekirja Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste ja tuberkuloosi kateedri dotsent **Reinhold Birkenfeldt**. Oponentideks olid NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Reumatoloogia Instituudi osakonnajuhataja meditsiinidoktor M. Ivanova, Leedu NSV Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktor prof. A. Matulis ja Jaroslavl Meditsiiniinstituudi kateedrijuhataja prof. V. Bobõljov. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsiooni komisjoni Presiidiumi otsusega 21. oktoobrist 1988 kinnitati R. Birkenfeldtile meditsiinidoktori kraad reumatoloogia erialal.

Väitekirja «Reuma endogeensed ja eksogeensed riskitegurid (fikseeritud elanikkonnana pikaajalise prospektiivse kliinilis-epidemioloogilise uuringu andmetel)» on 25-aastase uurimistöö tulemus, mida R. Birkenfeldt on teinud Kingissepa ja Hiiumaa rajoonis ning Tartus töötades. On loodud haiguse riskiteguri ning riskitegurite kompleksi uus, laiendatud mõiste ja krooniliste mittespetsiifiliste haiguste riskitegurite uurimise uus meetodika. Pikaajalise prospektiivse uurimise alusel on saadud esmakordselt reuma riskitegurite matemaatilisel formaliseeritud kompleks ja määratud riskitegurite osa esmasel haigestumisel, retsidiivide ja südame klapiirikete tekkes ning haiguse lõppes. Esmakordselt on uuritud riskitegurite interaktsiooni.

R. Birkenfeldt on esitanud üksikasjaliku analüüsi reuma patomorfoosi kohta viimastel aastakümnetel ning esitanud põhilised reumaatilise protsessi kulu ja lõppe variandid. Ta on koostanud originaalsed skeemid reumasse haigestumise ja selle edasise kulu prognoosimiseks. Nende alusel on välja töötatud ja Eestis kasutusele võetud reuma-haigete dispansseerimise meetodika vastavalt riskiteguritele.

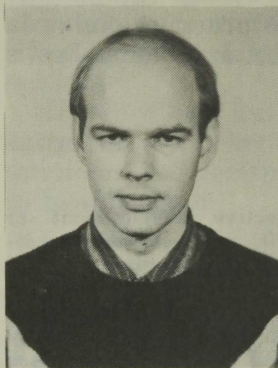
Üksikutest riskiteguritest on eriti põhjalikult uuritud perekondliku reuma olemust ja geneetiliste tegurite osatähtsust. Lahendatud on mitmed reumoklimatoloogiaprobleemid. R. Birkenfeldt on uurinud reuma-haigete magneto- ja meteolabiilsuse fenomene ning nende seoseid teiste epidemioloogiliste tegurite ja geneetiliste markeritega. Ta on välja töötanud mitmeid uusi kaudseid bioindikatsioonimeetodeid. R. Birkenfeldt on uurinud ka haigestumise seoseid heliogeofüüsikaliste tegurite ja biorütmidega.

Dissertatsiooni tulemused on avaldatud 74 publikatsioonis, kolmes meetodilises juhendis, neid on kasutatud kahes õppevahendis ja rakendatud kaheksas ratsionaliseerimissetpanekus.

R. Birkenfeldt on sündinud 1934. aastal Tallinnas. Lapsepõlv ja kooliaastad möödusid Saaremaal. Ta on lõpetanud Kuressaare 1. Keskkooli. 1960. aastal lõpetas ta TRÜ arstiteaduskonna kiitusega. Aastail 1960. . . 1978 töötas R. Birkenfeldt Kingissepa Rajooni Keskhaiglas, algul oli ta jaoskonnaterapeut, seejärel polikliiniku juhataja, peaarsti asetäitja ja peaarsti kohusetäitja. Samal ajal oli ta ka kardioreumatoloog ja Kingissepa rajooni peaterapeut. Ta õppis mittestatsionaarses aspirantuuris TRÜ-s. 1968. aastal kaitses kandidaativäitekirja. 1978. aastal kutsuti R. Birkenfeldt tööle TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsihaiguste ja tuberkuloosi kateedrisse dotsendi ametikohale. Dotsendikutse sai ta 1983. aastal. Aastail 1985. . . 1986 töötas doktoridissertatsiooni lõpetamiseks vanemteaduri ametikohal.

Leo Pää

Uus meditsiinikandidaat



3. juunil 1988 kaitses Tartu Riikliku Ülikooli erialanõukogu ees kandidaativäitekirja «Kreatiini kinaasi ajusoensüümi sisalduse määramise meetodika väljatöötamine ning kliiniline rakendamine aju isheemilise kahjustumega haigetel» TRÜ ÜMPI ajuvereringehaiguste laboratooriumi nooremteadur **Sulev Haldre**.

Töö on valminud allakirjutanu juhendamisel. Oponentideks olid prof. J. Berzins Riia Meditsiiniinstituudist ning prof. L. Tähepõld Tartu Riiklikust Ülikoolist. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 5. oktoobrist 1988 kinnitati S. Haldrele meditsiinikandidaadi kraad.

Koostöös ÜMPI rakubioloogia laboratooriumi, inimesegeneetika laboratooriumi ning hormonaalse regulatsiooni laboratooriumi töötajatega on S. Haldre välja töötanud tundliku meetodi kreatiini kinaasi ajusoensüümi sisalduse määramiseks liikvoris. Selgus, et kreatiini kinaasi ajusoensüümi sisalduse suurenemine liikvoris kajastab usaldusväärset ajukahjustuse ulatust. Meetod võimaldab prognoosida aju isheemilise kahjustusega haigete funktsionaalset seisundit nende haiglast lahkumisel.

Väitekirja materjali põhjal on avaldatud 9 teadustööd.

S. Haldre on sündinud 7. mail 1956. aastal Tartus teenistuja perekonnas. 1974. aastal lõpetas ta Tartu 2. Keskkooli. Samal aastal asus õppima Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna ravigakonnas, mille lõpetas 1980. aastal kiitusega. Pärast internatuuri neuroloogia erialal on töötanud TRÜ ÜMPI ajuvereringehaiguste laboratooriumi nooremteadurina.

Ain-Elmar Kaasik

UUSI TERVISHOIUASUTUSI

UDK 614.2(474.2)

Tartu Psühhiaatrikliinik uues majas

Möödunud aasta 18. novembril avati Tartus Raja t. 31 pidulikult psühhiaatrikliiniku hoone esimene järk. Seega 107 aastat pärast seda, kui Tartus oli valminud eelmine psühhiaatriaigla ehitatud maja (Staadioni t. 48). Läheds pikale meenutada kõiki sellesse ajavahemikku kuulunud taotlusi ja ettevõtmisi. Olgu vaid mainitud, et juba 1910. aastal oli ülikooli õpetatud nõukogu tunnistanud senise hoone ülikooli kliiniku ja õppebaasina kõlbmatuks.

Otsustavaks sai vabariigi partei ja valitsuse määrus 1980. aastast psühhiaatrilise ja narkoloogilise abi paran-

damise kohta. Selle kohaselt tuli Tartusse aastail 1981...1985 ehitada haigla esimene järk 180 voodikoha, dispanseri ja 150-kohalise tööravikojaga. Sellele pidi aastatel 1986...1990 järgnema teine järk 150 voodikoha ja 200 tööravikohaga. Ehituse algus aga mitmesugustel põhjustel viibis, esimese järgu ehitamist alustati alles 1985. aasta keskpaiku, nii et nurgakivi pandi sama aasta novembris. Tarnete hilinemine tingis omakorda esimese järgu valmimise kahes jaos. Ometi võeti esimesed haiged majja plaanikohaselt 1988. aasta jaanuaris ja praeguseks on hoone ettenähtud ulatuses täielikult kasutusel.

Kolmekorruselises palatikorpusel on eri korrustel piirseisundite ning naiste ja meeste üldpsühhiaatriaosakonnad, igäühes 60 voodikoha. A-korpusel paiknevad dispanser, funktsionaalse diagnostika kabinet, kliiniline laboratoorium, apteek, toiduplokk, olmeruumid personali tarvis, administratsiooni ruumid, ülikooli psühhiaatria kateeder ja ÜMPI psühhofarmakoloogia laboratoorium. Esinduslik fuajee ja kaunilt kujundatud talveaed ühendavad funktsionaalselt kõik haigla osad. Õppe- ja teadustöök

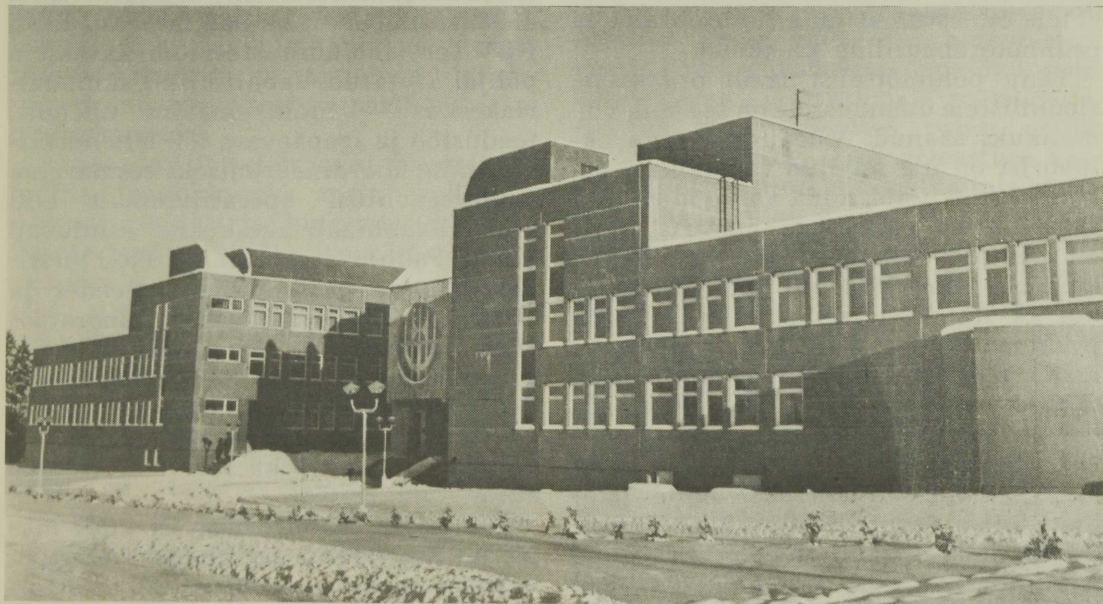


Foto 1. Tartu Psühhiaatrikliiniku uue hoone välisvaade.

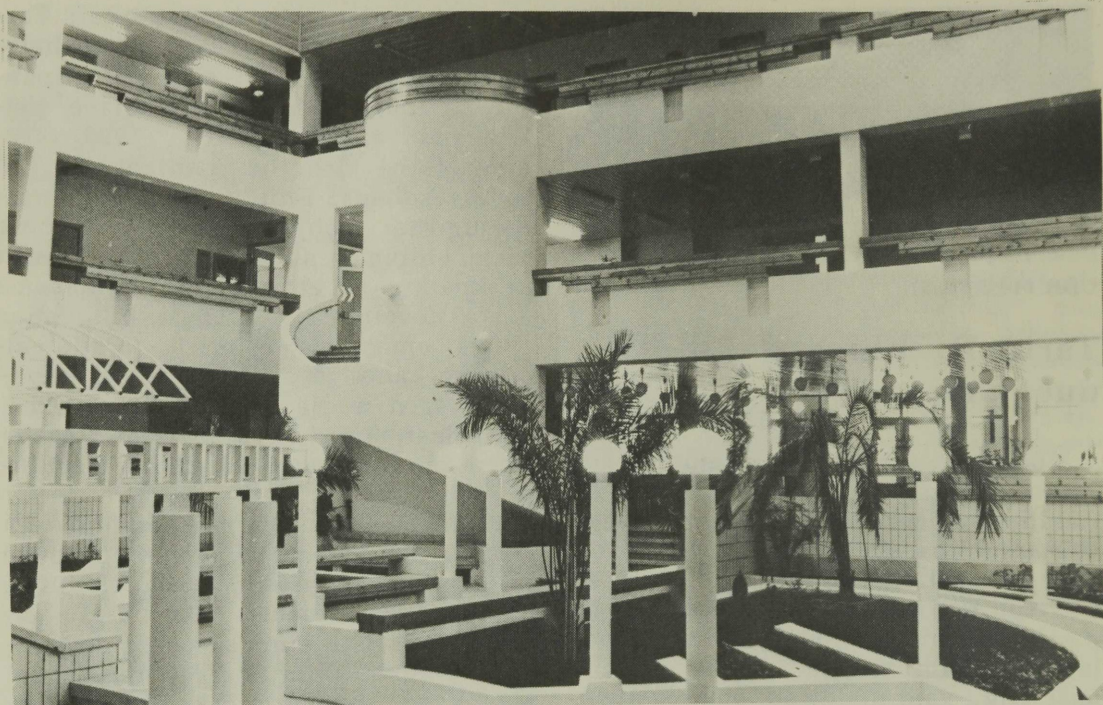


Foto 2. Psühhiaatrikliinikut kaunistavad esinduslik fuajee ning väga algupärane talveaed. V. Kutsari fotod.

on senisest märgatavalt avaramad võimalused. Konverentsisaalis saab korraldada ka kontserte ja näidata filme, tähistada pidulikke sündmusi. Kindel on, et uue hoonega on psüühiliselt haigetele õnnestunud luua inimsõbralik ja psühhoterapeutiline keskkond.

Tänu põhimõttelist laadi organisatsioonilistele uuendustele on see kõik võimalikuks saanud. Möödunud aasta oktoobrist on üle mindud täielikule jaoskonnaprinsiibile, mida mujal maailmas tuntakse ka sektoripsühhiaatria nime all. Teatava paikkonna elanikele annab kõikides etappides nii ambulatoorset kui ka statsionaarset abi üks ja sama psühhiaater. Igal haigel on oma kindel arst. Jäävad ära haige üleandmine ühe arsti käest teise kätte, põhjendamatu hospitaliseerimine ja enneaegne haiglast väljakirjutamine, väheneb ka haigla koormatus. Uuele süsteemile täielikku üleminekut, haigla ühtset funktsioneerimist häirib haigla praegune laialipillatus linna eri paikades. See kinnitab veel kord vajadust kiirustada haigla teise järgu väljaehitamisega.

Uue maja ja uute töövormidega koos on õnnestunud ka haiglale nimepanek. Nüüdsest jätkab Tartu Psühhiaatrikliinik vabariiklikê funktsioonide täitmist tervishoiuministeeriumi otsealluvuses. 1988. aasta suvest on haigla baasil Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi käskkirja põhjal asutatud Vabariiklik Psühhiaatriakeskus — funktsionaalne ühendus teadustöö ja igapäevase töö lähendamiseks ning koordineerimiseks eesmärgiga teadussaavutusi operatiivsemalt ellu viia. Psühhiaatriakeskusesse kuuluvad Tartu Psühhiaatrikliinik, TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateeder ja ÜMPI psühhofarmakoloogia laboratoorium. Keskus töötab koostöös vabariigi peapsühhiaatri ning tervishoiuministeeriumi konsultatiiv-ekspertnõukoguga. Juhatajaks on järgmiseks viieks aastaks valitud käesolevate ridade autor.

Esimeseks teadusürituseks uues majas oli konverents psühhogeensetest ja psühhosomaatilistest häiretest, mis toimus 24... 25. novembrini 1988.

Arno Adamsoo

ARSTITEADUSE AJALOOST

UDK 616.89(091)(474.2)

Järjekordne samm humanistliku psühhiaatria teel*

Jüri Saarma · Tartu

Tartu uue psühhiaatrikliiniku esimese järgu avamine täidab meie südamed rõõmuga, sest tervishoiuvõrk on rikastunud uue raviasutuse ja Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskond täiendava õppe- ja teadustöö baasiga. Ühtaegu jääb see sündmus Eestimaa psühhiaatria ajalukku, sest see psühhiaatriaasutus on kvalitatiivselt uut tüüpi, avarate võimalustega psühhikaiguste diagnoosimiseks ja haigete raviks nüüdistasemel. Abivajajatele on loodud inimväärikust austavad, positiivseid emotsioone ajendavad tingimused, mis iseenesest on ravikompleksi oluliseks osaks.

Arusaadavalt tuleb uued võimalused muuta tegelikkuseks meie endi igapäevase innuka ja hingestatud tööga. Peame ühtlasi kindlustama, et peatselt valmiks ka kliiniku teine järk, sest alles siis saame rakendada moodsaid ravi- ja rehabiliteerimisvahendeid nende täies kompleksuses.

Pole kahtlust, et uut tüüpi psühhiaatrikliinik Tartus kujuneb eeskujuks paljudele. Rahuldustundega võime tõdeda, et tänane samm on Tartu psühhiaatria humanistlikkude traditsioonide loogiliseks jätkuks. Olgu selle

illustreerimiseks mõned iseloomulikud etapid ajaloost.

Juba kolm ja pool sajandit tagasi Tartus asutatud *Academia Gustaviana* arstiteaduskond paistis silma oma uuenusmeelsusega. Selle üheks ilmekaks avalduseks oli asjaolu, et tookordse ühtse kliinilise meditsiini piirides käsitleti ka psüühikahaigusi. Näiteks on professor Sebastian Wirdigi 1651... 1653. aasta loengukavades märgitud, et ta jätkab «kujutluse ja mõistuse häirete sümptomide käsitlemist, ja selgitab ka mäluhäireid, deliiriumi, melanhooliat, maaniat ja marutõbe ehk veekartust» (1).

Olgu märgitud, et Tartus õpetati psüühikahaigusi tulevastele arstidele ajal, mil mujal Euroopas vaimuhaigetega tegelesid ikka veel põhiliselt kirikuteenrid ning mil veel paljud haiged hukkusid inkvisitsioonikohtute ohvritena kui ketserid või nõiad. Humanism alles hakkas Euroopas virguma. Täit tunnustust väärrib, et Tartu Ülikool oli humanismi üks koldeid, ja iseäranis see, et psüühikahaigete kohtlemisel rakendati siin juba tol ajal humanistlikke printsiipe.

1802. aastal taasavatud Tartu Ülikoolis ja selle arstiteaduskonnas oli algusest peale valdavaks humanistlik hoiak. Arstiteaduskonna õppejõududeks kutsuti oma aja erksamaid spetsialiste. Arstide ettevalmistuses pandi erilist rõhku halastuse ja inimarmastuse kasvatamisele. Kliinilises meditsiinis käsitleti üsna süstemaatiliselt ka psüühikahaigusi. Mitmed Tartu Ülikooli kasvandikud kujunesid psühhiaatria edendajateks nii Venemaal kui ka mujal.

Tänasega seoses väärrib eriti nimetamist Wilhelm (Vassili) Sabler (1799... 1877). Ta oli pärit Tallinnast arsti perest. Pärast Tartu Ülikooli arstiteaduskonna meditsiinidoktori kraadiga lõpetamist pühendus ta psühhiaatriale. 1828. aastal sai temast Moskva vaimuhaigete varjupaiga arst. 1830. aastal viis ta selles asutuses ellu kardinaalsed ümberkorraldused: vabastas haiged köidikuist, seadis sisse regulaarse arstiabi, hakkas pidama haiguslugusid, organi-

* Ettekanne Tartu uue psühhiaatrikliiniku esimese järgu avamisel 18. novembril 1988. a.

Tartu Psühhiaatrikliiniku avaaktusel. Esireas vasakult: peaarst A. Adamsoo, tervishoiuminister L. Karu, prof. A. Tikk, dotsent M. Mägi, professorid A.-E. Kaasik, A. Kallikorm ja L. Allikmets. Teises reas paremal prof. emer. E. Karu.



seeris haigetele tegevust ning meelelahutust. Varjupaiga kujundas ta tõeliseks raviasutuseks, see nimetatigi ümber psühhiaatriahaiglaks. W. Sabler juhtis seda haiglat üle 40 aasta. Tema humanistliku vaimsusega raviasutuses said oma esmase väljaõppe paljud silmapaistvad psühhiaatrid (A. Freze, S. Korsakov jt.). Täie õigusega on W. Sabler ajalukku läinud Venemaa psühhiaatria ühe suurema reformeerija-humanistina (2).

Tartu Ülikooli eesrindlike õppejõudude järjekindlate pingutuste tulemusena avati 1. jaanuaril 1880. aastal arstiteaduskonna koosseisus iseseisev psühhiaatria õppetool. See oli tollasel Venemaal teine taoline, enne oli see olemas üksnes Peterburi Sõjaväemeditsiini Akadeemias. Kogu Euroopaski oli sel ajal vaid üksikuid iseseisvaid psühhiaatria õppetooli (3).

Tänu suurele humanistile professor E. Wahlile avati 1881. aastal Tartus esimesena kogu Vene impeeriumis spetsiaalse projekti järgi ehitatud ülikooli vajadustele vastav vaimu- ja närvihaiguste kliinik, mis oli ka kogu Euroopas üks esimesi. Nii oma ruumide jaotuse ja sisustuse kui ka haigete režiimi poolest oli see oma aja üks eesrindlikumaid psühhiaatriaasutusi (3).

Tartu Ülikooli Vaimu- ja Närvihaiguste Kliinikus töötasid sellised maailma psühhiaatria ajalukku läinud suurmehed nagu H. Emminghaus (1845... 1904), E. Kraepelin (1856... 1926), V. Tšič (1855... 1922), A. Juštšenko (1868... 1936) (3). Nemad kujundasid

kliiniku vaimsuse, tööstiili ja traditsioonid. See kõik anti tulevastele arstidele edasi põlvkonnast põlvkonda.

M. Bresowsky (1877... 1945) vahendusel on Elmar Karu need humanistlikud traditsioonid toonud meie nüüdispõlvkonda. Võime uhkusega tõdeda, et oleme ideeliselt seotud oma eelkäijate üllaste pürgimustega. Püüame olla nende vaimsuse väärilised jätkajad, humanismi teatepulga edasiandjad Tartu arstiteaduskonna kasvandike järgnevatel põlvkondadele.

Uue psühhiaatrikliiniku avamine on aga veelgi avarama tähendusega, sellel on väärtus kogu Eestimaa jaoks. Eks näita ju see, kuidas üks ühiskond suhtub oma abivajavatesse liikmetesse, tema kultuuri tegelikku taset. Suhtumine psühhikahaigetesse on eriti tundlik ühiskonna hingekultuuri indikaator. Viimaste sündmustega seoses võime rahuldustundega nentida, et Eestimaa rahvas ja tema juhid on andnud veenvaid tõendeid nii oma poliitilise kui ka vaimse ja hingekultuuri harmooniliselt kõrgest tasemest. Oma maa kodanike ja oma eriala entusiastidena võime tunda kahekordset uhkust ja rõõmu. Innustagu see meid töös meie rahva tänase ja tulevaste põlvkondade heaks.

KIRJANDUS: 1. *Püürimäe, H.* Tartu Ülikooli ajalugu. I. 1632—1798, Tallinn, 1982.

2. *Баженев Н. Н.* История Московского доллгауза. М., 1909. — 3. *Саарма Ю. М., Кару Э. Ю.* Развитие психиатрии в Тарту-ском университете. Таллинн, 1981.

TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateeder

UDK 615.1(042)(474.2) Schmiedeberg

Oswald Schmiedebergi nimelised loengud Tartu Riiklikus Ülikoolis

1988. aasta oktoobris täitus 150 aastat Tartus hariduse saanud ja töötanud maailmakuulsa farmakoloogiaprofessori Oswald Schmiedebergi sünnist (vt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1981, 6, 427...430). Ta lõpetas Tartu Ülikooli 1866. aastal doktoriväitekirja kaitsmisega. Aastail 1867...1872 oli ta Tartus farmakoloogiainstituudi juhataja, hiljem töötas Strassburgi Ülikoolis (1873...1918).

O. Schmiedeberg oli Tartus töötanud eksperimentaalse farmakoloogia rajaja professor Rudolf Buchheimi õpilane. Tema põhiteeneks on suure farmakoloogide koolkonna rajamine Euroopas (ka Venemaal ja Põhja-Ameerikas) — kokku õppis tema juures üle 100 tulevase farmakoloogiaprofessori. Jäädvustamaks Tartu Ülikoolist pärit teadlase mälestust, otsustas Tartu Riiklik Ülikool alustada alates 1988. aastast regulaarsete O. Schmiedebergi nimeliste loengutega ja asutada ka tema mälestusmedali.

Esimesed O. Schmiedebergi loengud toimusidki arstiteaduskonna päeval 20. oktoobril ülikooli aulas. Loengutega esinesid prof. Arnold Hasselblatt Göttingeni Ülikoolist, prof. Modris Melzobs Riia Meditsiiniinstituudist ja allakirjutanu. Allakirjutanu rääkis O. Schmiedebergi elutööst farmakoloogiakoolkonna rajamisel ja ajakirjade asutamisel, tema teadusuuringute põhisuundadest Tartus ja Strassburgis.

Prof. A. Hasselblatt rääkis suhkurtõve farmakoterapia arengust. Põhirõhk tema loengus oli süsivesikute ainevahetuse molekulaarsetel aspektidel. Ta käsitles glükoosiainevahetuses osalvate hormoonide (insuliini, glükagooni, adrenaliini) retseptorite omadusi, vastastikust regulatsiooni glükoosireseptoritega, samuti hormoonide vabanemist reguleerivaid mehhanisme. Prof. A.

Hasselblatt on üks juhtivaid suhkurtõve uurijaid maailmas, Euroopa Diabeediurijate Ühingu asutaja ja enteraalsete suhkurtõveravimite praktikas kasutuselevõtja 1950-ndatel aastatel. Ta käsitles ka nende ravimite (sulfaniilkarbamiidide ja biguaaniidide) molekulaarset toimemehhanismi. Prof. A. Hasselblatt on pärit Eestist Hasselblattide suguvõsast ning sündinud 1929. aastal Tallinnas.

Prof. M. Melzobsi loeng oli nüüdisajal järjest laialdasemalt kasutatavate kaltsiumikanali blokaatorite, kaltsiumi antagonistide farmakoloogiast. Neid ravimeid kasutatakse südame isheemiatõve, rütmihäirete, arteriaalse hüpertensiooni, hüpertooniiliste kriiside, aju- ja perifeersetes veresoonte spasmide korral ning teistel näidustustel. Prof. M. Melzobs võttis kokku Riia Meditsiiniinstituudis, Läti NSV Tervishoiu-ministee-riumi Kardioloogiakeskuses ja Läti NSV Teaduste Akadeemia Orgaanilise Sünte-eesi Instituudis selle ainete rühma sünte-eesimisel, farmakoloogilisel ja kliinilisel uurimisel saadud tulemused. Ta tõi andmeid ka uue originaalse ühendi foridooni efektiivsuse kohta ning võrdles selle toimet verapamiili ja nifedipiini toimega.

Prorektor prof. H. Siigur ja dekaan prof. A.-E. Kaasik andsid esimesed Oswald Schmiedebergi mälestusmedalid professoritele A. Hasselblatile, M. Melzobsile, L. Nurmandile, J. Saarmale, E. Jürissonile, A. Kimenisele, allakirjutanule ja ülikooli psühhofarmakoloogia laboratooriumile.

O. Schmiedebergi 150. sünniaasta-päeva tähistati ka Saksamaa LV-s: Farmakoloogide ja Toksikoloogide Seltsi sügiskonverentsil Hamburgis (19...22. septembrini 1988) ja I Läänemeremaade ülikoolide farmakoloogide konverentsil Kielis (23...24. septembrini 1988).

Nendest võttis Saksamaa LV farmakoloogide kutsel osa ka allakirjutanu. Mõlema konverentsi lõppistungil räägiti O. Schmiedebergi elutööst. Allakirjutanu andis TRÜ ülesandel Oswald Schmiedebergi mälestusmedalid neljale väljapaistvale saksa teadlasele: Ham-

burgi Ülikooli farmakoloogiainstituudi juhatajale, Saksamaa LV Farmakoloogide ja Toksikoloogide Seltsi esimehele prof. Hasso Scholzile; Berliini Ülikooli Kliinilise Farmakoloogia Instituudi juhatajale, Saksa DV Farmakoloogide ja Toksikoloogide Seltsi esimehele prof. Hannes Fullerile; Giesseni Ülikooli Rudolf Buchheimi nimelise Farmakoloogia ja Toksikoloogia Instituudi juhatajale prof. Ernst Habermannile ja Kieli Ülikooli Farmakoloogia ja Toksikoloogia Instituudi juhatajale prof. Heinz Lüllmannile. Hamburgi konverentsil pidas traditsioonilise Rudolf Buchheimi nimelise loengu Grazi Ülikooli professor F. Lembeck teemal «Aferentsete neuronite farmakoloogia».

Lembit Allikmets

UDK 614.27(474.2)(091)

Kolme juubeliapteegi ajaloo

Heino Gustavson · Tallinn

Keila ja Kambja apteek 100-, Kohila apteek 75-aastane

3. juulil 1887 palus Kose apteegi apteekriabi Karl Ellrich luba asutada **Keilasse maa-apteek**. Selle loa ta küll sai, kuid sobiva hoone puudumise tõttu jäi asi katki.¹ 25. veebruaril 1888 kurtis Keila vallavalitsus otse kubernerile apteegi puudumise üle, kolm päeva hiljem aga esitas apteekriabi eestlane Georg Sarmo apteegi asutamise taotluse. Ootamatult tuli vastuseis kubermanguvalitsuse arstiosakonnalt, kes väitis, et Keila inimesed võivad oma retseptidega käia Tallinnas, Paldiskis või Hageris!² Arvatavasti ei olnud tookordsele arstiosakonnale meele järgi G. Sarmo rahvus. 1888. aasta augustis taotles apteegi asutamise luba proviisor Leonid Georg, kuid arstiosakonnalt sai ta nõusoleku alles oktoobri lõpul. Pärast lühikest vaheaega, nimelt 7. juunil 1889 andis L. Georg kontsessiooni G. Sarmole üle. Apteegi sisustamisega jõuti lõpule 24. augustiks ja kubeneri resolutsioon 14. oktoobrist lubas ukсед avada.³

Tegelikult avas G. Sarmo apteegi ukсед juba hiljemalt 2. septembril, järelikult ukj. 14. septembril (100 aasta eest) (3).

Maja oli uus, mida tõendab avamis-aasta 18. märtsi «Sakala»: «...kiriku juurde hakatakse apteeki ehitama, mille alusega juba mineval sügisel alustust tehti» (5).

See kahekorruseline hoone, kus asus ka pood, põles 1903. aasta 16. aprillil maani maha. Keila oli apteegita 5. juunini, mil G. Sarmo selle ajutiselt avas naabruses asuvas väikeses elamus. Kohe hakati ka uut maja ehitama, kus-

¹ENSV RAKA, f. 31, n. 15, s. 93, l. 1, 7, 8, 15.

²ENSV RAKA, f. 31, n. 16, s. 54, l. 1—3, 9.

³ENSV RAKA f. 31, n. 20, s. 120, l. 1, 4, 5, 12, 16, 25.

juures kubeneri poolt antud luba töö alustamiseks on 1904. aasta 13. aprillist.⁴ Nendel rasketel aegadel leidis G. Sarmo tuge Tallinna ja Haapsalu apteekritelt (1).

Enne Esimest maailmasõda avas G. Sarmo apteegi juures ka rohukaupluse.⁵ Ta suri 17. juulil 1931. Kuni 1939. aastani jäi omand pärijatele, kes võtsid ametisse palgalisi juhatajaid (proviisorid Elsa Bekker ja Lembit Kinna). Siis andsid pärijad apteegi üle proviisor Adolf Sarmole.

Kambja apteegi sisseseadmise loa sai apteekriabi Berthold Hermann 1889. aasta märtsi algupoolel (5). Apteek avati 5. septembril 1889 (ukj. 17. septembril) Uue-Kambja mõisa ruumes. 1891. aasta 16. oktoobrini oli omanik ühtlasi ka juhataja. Seejärel rentis ta apteegi arst Ernst Uttile, kes palkas juhatajaks proviisor Paul Erdmanni. 1897. aastal sai omanikuks proviisor Feodor Sikkell, 1904. aastal apteekriabi August-Eduard Pedel. Viimane ehitas apteegile nägusa puumaja pastoraadi juurde, kus töö algas 28. septembril 1907. Peale ravimite valmistas A.-E. Pedel, kes ühtlasi oli ka juhataja, igasuguseid keemiatooteid, eriti Esimese maailmasõja ajal, mil säärate toodete sissevedu oli katkenud. 20. oktoobril 1918 ostis apteegi proviisor Hans Sang (4).

H. Sang suri 24. novembril 1939 (2). Pärast seda jäi apteek kuni natsionaliseerimiseni pärijatele ning juhatajaks palgati proviisor Amanda Klaarman.

Kohilasse apteegi asutamiseks taotles 5. märtsil 1909 luba apteekriabi Aleksander Ross Tallinnast. Kuberner jäi nõusse. 1910. aasta kevadel andis A. Ross privileegi edasi apteekriõpilasele Oskar Lahele. Et O. Laht aga ei tulnud ettevõtmisega toime, saatis kuberman-guvalitsus talle kirja, milles teatati õiguste tühistamisest ning viidati usaldatavemale kandidaadile.⁶

Nimelt oli apteekriabi Karl Ellrich Hagerist esitanud samuti vastavasisulise

avalduse daatumiga 23. mai 1910, päev hiljem ka proviisor Karl Karlson Tallinnast.⁷ Kuigi ajalisel võttes oluoks õigus esimesel, otsustas kuberner Rae-apteegi mehe kasuks. Loa sai K. Karlson 17. augustil, kuid ettenähtud aastaga ei realiseerinud seda. Korduvalt nõustus kuberner tähtaega pikendama kuni lõpuks alles 26. detsembril 1913 võis vastuvõtukomisjon akti koostada. Akt oli igati heakskiitv, ometi tekkisid raskused juhataja palkamisega (K. Karlson jätkas tööd endises paigas). Nõusoleku andis apteekriabi Arved Issatski, mille ta küll hiljem tagasi võttis. 1914. aasta jaanuaris sõlmiti siiski leping apteekriabi Georg Treublutiga. Avamisluba on dateeritud 28. veebruaril 1914 (ukj. 13. märtsil).⁸

10. märtsil 1914 palus K. Karlson luba müüa Angerja õigeusu kiriku juures asuv Kohila apteek Hageri apteekriabi Karl Ellrichi naisele Jennyle. Selle nõusoleku ta saigi. Ostuleping sõlmiti kaks nädalat hiljem. Esialgu jäi juhataja ametisse, kuid varsti palkas uus omanik tema asemele apteekriabi Nikolai Weinbergi.⁹

Algas Esimene maailmasõda. Impeeriumis tekkis umbusk iga sakslase vastu. Et J. Ellrich oli kõigele lisaks veel Saksa kodanik, suleti tema apteek Kohilas 14. novembril 1914.¹⁰ Olgu lisatud, et interneeriti ka tema mees (mõlemad elasid Hageris).

Alles 1921. aasta lõpul kerkis apteegi taasavamine uuesti päevakorda. Selle vastu aga oli Harju Maakonnaavalitsuse tervishoiuosakond, väites, et Kohilas, kus umbes 1000 elanikku, olevat ju paberivabrikus oma ambulants ja sealt saavat ka ravimeid. Pealegi elavat Hageris arst ja seal olevat ka apteek.¹¹

Õnneks sai proviisor Robert Koger 1922. aastal loa muuta oma maa-apteek

⁷ENSV RAKA f. 31, n. 38, s. 132, l. 1—2p.

⁸ENSV RAKA f. 31, n. 38, s. 131, l. 1, 4, 5, 10, 11, 16, 17, 22—25, 28—34.

⁹ENSV RAKA, f. 31, n. 42, s. 85, l. 1, 4, 6—8.

¹⁰ENSV RAKA f. 31, n. 43, s. 190—I, l. 50.

¹¹ENSV TRKA, f. 884, n. 5, s. 75, l. 33.

¹²ENSV TRKA, f. 884, n. 5, s. 96, l. 15.

¹³ENSV TRKA f. 884, n. 5, s. 123, l. 18.

⁴ENSV RAKA f. 31, n. 31, s. 98, l. 1, 2, 4, 8.

⁵ENSV RAKA f. 31, n. 42, s. 377—II, l. 202.

⁶ENSV RAKA f. 31, n. 37, s. 76, l. 1, 2, 7, 8, 13—15 p.

Hageris normaapteegiks ja viia see üle Kohilasse (6). Mõte oli ratsionaalne, sest vabrikuasulas oli klientuur märksa suurem. 14. märtsil 1923 teatas Tervishoiu Peavalitsus, et R. Koger on kavatsuse ellu viinud.¹² Seejuures jäi Hagerisse temale kuuluv abiapteek, endine maa-apteek.

Kohila apteek ei püsinud enam kuigi kaua õigeusu kiriku juures, kuhu pikk maa minna. Keset asulat ehitatud uude apteegimajja koliti üle 1925. aasta septembris ja seal tegevuse alustamise luba saadi 1. oktoobril.¹³ Proviisor R. Koger oli omanik ja juhataja kuni apteegi natsionaliseerimiseni.

KIRJANDUS: 1. Th. R(osenvald). Apteeker Georg Sarmo †. *Pharmacia*, 1931, 7, 277—278. — 2. Farmatseutilise personali liikumine. *Pharmacia*, 1939, 11, 290. — 3. Postimees, 1889, 2. sept. — 4. Rähesoo, K. *Pharmacia*, 1930, 10, 276—278. — 5. Sakala, 1889, 18. märts. — 6. Tervishoiu Nõukogu koosolek 14. mail 1922. *Pharmacia*, 1922, 3, 176—178.

Summary

Anniversaries of three drug-stores. Drug-store anniversaries in Estonian SSR, in 1989, are as follows: at Keila and Kambja — 100 years and at Kohila 75 years.

Резюме

История трех юбилейных аптек. В статье приводятся основные данные о Кейлаской и Камбьяской аптеках (100 лет) и о Кохилаской аптеке (75 лет) до 1940 года.

Eesti NSV Rükliku ATK
Liha- ja Piimatööstuse KTB

REFERAATE

Allikmets, L., Cereška, K., Žarkovski, A. **The modulatory role of D-1 receptor in the behavioural effects of dopaminergic drugs.** — *Naunyn-Schmiedeberg's Arch. Pharmacol.*, 1988, 338, 72.

Nüüdisajal jaotatakse dopamiinireseptorid kahte alatüüpi — tüüpi D₁ ja D₂. D₁-retseptor on positiivselt seotud adenülaaditsüklaasi aktiivsusega, D₂-retseptor negatiivselt. Retseptorite alatüüpide agonistidega (SKF 38393 ja Ly 171555) ning antagonistidega (SCH 23390 ja sulpiriid) selgitati, et otsese toimega dopaminomimeetik apomorfiin toimib mõlemasse retseptori tüübis, samuti seda, et D₂-retseptori poolt vahendatavad reaktsioonid moduleeritakse D₁-retseptori poolt.

Rägo, L. **In vivo administration of (—) baclofen modifies ³H-flunitrazepam binding in mouse cerebral cortex.** *Medical Science Research*, 1988, 16, 163—164.

Uuriti selektiivse gammaaminovõihappe (GAVH) β-retseptor-alatüübi agonisti (—) baklofeeni *in vivo* manustamise toimet bensodiasepiinireseptoritesse hiirte aju kooses. Leiti, et (—) baklofeen vähendab nende retseptorite arvu ja suurendab nende afiinsust. Varem on näidatud, et GAVH β-retseptorid ei ole bensodiasepiinireseptoritega seotud. Selle töö alusel võib väita, et *in vivo* osalevad GAVH β-retseptorid bensodiasepiinireseptorite funktsionaalse aktiivsuse regulatsioonis. Seega võivad ka antispastikumid baklofeeni mõningad toimeilmingud olla seotud tema toimega bensodiasepiinireseptoritesse.

Rägo, L., Kiivet, R.-A., Harro, J., Põld, M. **Behavioural differences in an elevated pluz-maze: correlation between anxiety and decreased number of GABA and benzodiazepine receptors in mouse cerebral cortex.** *Naunyn-Schmiedeberg's Arch. Pharmacol.*, 1988, 337, 675—678.

Uuriti hiirte käitumist, uudistamisaktiivsust ühes ärevusseisundite mudelis (tõstetud plusspuuris). Anksiogeenne bensodiasepiinireseptorite ligand DMCM vähendas ja anksiolüütik diasepaam suurendas hiirte aktiivsust puuri lahtises osas. 84 hiirest valiti spontaanse käitumise alusel plusspuuris 12 väga aktiivset ja 12 väheaktiivset hiirt ning nendesse rühmadesse kuulunud loomade ajus uuriti gammaaminovõihappe- ja bensodiasepiinireseptorite omadusi. Leiti, et väheaktiivsete hiirte ajukooses oli gammaaminovõihappe- ja bensodiasepiinireseptorite tihedus väiksem kui väga aktiivsete loomade ajukooses. Katsetest järeldus, et ärevusilmingud katseloomade käitumises võivad olla seotud erinevustega/muutustega suuraju koore gammaaminovõihappe retseptorkompleksis.

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

UDK 61(091)(474.2)(049.3)

Rootsis ilmunud raamat Tartu Ülikooli meditsiinialaloost

Meil ei ole põhjust väita, et Tartu Ülikooli meditsiinialalugu oleks vähe uuritud või puuduksid selles osas kokkuvõtavad tööd. Ometi oleme mõningaid ajalookäsitlusi lugedes kergelt puudutatud olnud, kui Tartu Ülikoolis õppinud või õpetanud mehest on tehtud saksa või vene teadlane, ilma ainsa vihjeta töötamisele Eestis. Veelgi häirivam on lugeda teadlastest, kelle tegevus on suurelt osalt seotud Eestiga, kuid mainitakse neid ühenduses ainuüksi mõne teise maa kõrgkooliga. Peame nõustuma, et Tartu võlgneb suurel määral oma tuntuse just ülikoolile, eriti tema arstiteaduskonnale ning selle ajaloole, sest teinekord on just minevik äratanud võõrastes meisse usaldust ja lugupidamist, hoolimata meie tänastest töödest või teadmistest.

Meil ei ole põhjust väita, et kogu selles huvis ja aktiivsuses Tartu Ülikooli ajaloo vastu oleksime viimastel aastakümnetel suutnud ise palju korda saata, et teadmised temast leviks üle riigi piiride. Vene keelest on selles osas vähe kasu. Sammuks edasi oli 1985. aastal Tartu Ülikooli ingliskeelse

* Ilo Käbin. Die Medizinische Forschung und Lehre an der Universität Dorpat/Tartu 1802—1940. Ergebnisse und Bedeutung für die Entwicklung der Medizin. — Sydsvenska medicinhistoriska sällskapetets årsskrift. Supplementum 6/1986. Lüneburg, 1986. 590 s.

ajaloo ilmumine, viimasel ajal on ilmunud ka mõned võõrkeelsed brošüürid. Nagu harv erand seisab teadusajalooliste teoste riikulil 1971. aastal ilmunud «Items from History of Science in the Estonian SSR» seitsme Tartu Ülikoolist pärit uuriija artikliga. Sageli pole me oma mahukatele töödele vaevunud kirjutama isegi võõrkeelseid resümeesid või oleme sellegi arvelt saanud paberit kokku hoida. Miks peaksid siis teiste riikide teadlased tundma meie sidemeid ühe või teise teadlasega?

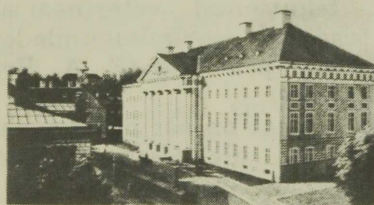
Dr. Ilo Käbini raamat* on kirjutatud Rootsis saksa keeles ning sellega osutanud meie ülikooli ajaloole ja ajaloo uurimisele suure teene. Tema kaudu on ülemaailmsesse teaduslikku käibesse muide sattunud ka mitmeid eestikeelseid töid.

Teine aspekt, mis seostub selle raamatuga. Teadusloolased kujutavad endile hästi ette, kui aeganõudev ja vaevarikas on ühe avastuse, meetodi või muu sellise prioriteedi tõestamine. Esialgu pannakse esmakordsus tavaliselt paika arglikult, oletamisi. Edasisel lähemal

Ilo Käbin

DIE
MEDIZINISCHE FORSCHUNG
UND LEHRE
AN DER
UNIVERSITÄT DORPAT/TARTU
1802 - 1940

Ergebnisse und Bedeutung
für die Entwicklung der Medizin



Sydsvenska medicinhistoriska sällskapetets årsskrift
Supplementum 6/1986

uurimisel aga võib selguda, et nähtus oli erakordne tõesti vaid antud riigis, keelealal või isegi üksikus teadus-asutuses. Ei ole harvad juhtumid, kus prioriteetse idee taga nähakse ühes riigis või keelealal üht, teises teist isikut. Dr. I. Käbini poolt on Tartu Ülikooli õpetlaste tegevuse erakordsus tõestatud äärmiselt arvestatavalt ja soliidset — väga sageli on ta meie saksa õpetlaste prioriteedi toetuseks viidanud ingliskeelsetele allikatele. Ääremärkusena olgu öeldud, et viidatud nüüdisaegsed meditsiiniajaloo üld- ja erikäsitlused puuduvad meie Eesti raamatukogudes peaaegu täielikult.

Kolmandaks. Raamatu enda puhul paelub ülesehitusviis. Kogu käsitus on jaotatud erialade kaupa. Jaotuse aluseks on olnud teadustööde temaatika, mitte professuurides sisalduvad komponendid. Iga eriala on saanud lühikese ajaloolise sissejuhatuse kogu perioodi jooksul ülemaailmses ulatuses. Seetõttu on tekst hõlpsasti jälgitav ka neile, kes seisavad meditsiinist kaugel ega ole meditsiiniajalugu õppinud. Teksti põhiosas antakse lühiülevaade teadlase biograafiast ja erialategevusest, talle nime teinud teenetel peatatakse pikemalt. On meeldiv, et autor on esile toonud teadlaste teeneid ka kultuuriloos, näiteks kuulumist seltsidesse (eriti ÕES-i), loominguksi huvisid. Järjepidevuse korral on õppejõudude kõrval lühidalt peatutud ka õpilaste uurimistöodel. Iga erialapeatükk lõpeb lühikokkuvõttega ja võimaluse korral teadusmõjusid rõhutavate genealoogiliste skeemidega. Üksikjuhtudel, kui autor on leidnud kokkulangemisi ülikooli ja Tartus 1848. aastast tegutsenud veterinaariainstituudi teadlaste uurimissuundades, on ka viimastel peatutud (F. A. Brauell, A. Rosenberg).

Kuigi raamat on äärmiselt mahukas, koos lisadega üle 600 lehekülje, on autoril olnud võimalik peatuda vaid põhilisel, kõige enam tähelepanu äratanud teadlastel. Pikemalt on peatutud anatoomial, füsioloogial, farmakoloogial, kirurgial ja sisehaigustel. Isikutest on põhjalikuma vaatluse all kõige

rohkem anatoomie ja füsiolooge: K. F. Burdach, F. Bidder, K. B. Reichert, K. Kupffer, A. Rauber, H. Rathke, A. W. Volkmann, C. Schmidt, A. Schmidt, G. von Bunge ja N. Lunin.

Farmatseutidest ja farmakoloogidest on rohkem ruumi jäetud J. G. Dragendorffile, R. Buchheimile, O. Schmiebergile, H. H. Meyerile ja R. Kobertile; bakterioloogidest F. Brauellile; kirurgidest N. Pirogovile, G. Adelmanile, E. von Bergmannile ja W. Zoege von Mannteufelile. Sisehaiguste osas on pikem ülevaade B. Naunyni, psühhiaatria osas E. Kraepelini tegevusest.

Biograafiade kõrval on dr. I. Käbin teinud rohkesti üldistusi: põhjendanud Tartu meditsiini edu, kõrvutanud Tartu, Berliini ja Göttingeni ülikooli (professuuride ja kliiniliste üksuste asutamise aastaid, üliõpilaste arvu ühe professori kohta, kaitstud dissertatsioonide arvu jm.). Üsna põhjalikult on peatutud aastatel, mil ülikool tegutses venekeelse õppeasutusena (1893... 1918). Olgu lisatud, et biograafiade osas on see ajavahemik esitatud pealiskaudselt.

100 lehekülge oma raamatust on autor pühendanud iseseisvas Eesti Vabariigis 1919... 1940. aastani tegutsenud Tartu Ülikooli arstiteaduskonnale, selle ravi- ja farmaatsiaosakonnale. Kujukalt on kirjeldatud raskusi rahvusliku ülikooli avamise ajal, mil Vabadussõda veel kestis. Oli muidugi materiaalseid raskusi, oli puudus õppejõududest. Viimaseist pärines osa tsaariaegsest ülikoolist, osa õppetoole tuli täita välismaalt kutsutud teadlastega. Sellest tingituna peeti algaastail pooled loengud saksa keeles. Välismaalaste hulgas oli silmapaistvaid spetsialiste (A. Lipschütz, A. Fleisch, W. S. Loewe, G. Barkan), kelle juhendamisel sirgus peatselt rahvuslik õppejõudude kaader, millele aitasid kaasa ka noorte õppejõudude sagedased teaduskomanderingud välismaa teaduskeskustesse. 1930-ndate aastate teisel poolel toimus õppetöö juba väheste eranditega eesti keeles.

Autor annab sisuka ülevaate arstiteaduskonna professorite teadustegevusest. Mitme õppejõu tööd said tuntuks ja põhjapanevaks ka rahvusvahelises meditsiinis. I. Käbin tõstab õigustatult esile A. Fleischi töid hingamise ja vereeringe füsioloogia ja E. Masingu töid biokeemia alalt, G. Barkani uurimusi vereraua kohta ning annab 18 leheküljel ülevaate Tartu Ülikooli neuroloogiaprofessori, neurokirurgia pioneer L. Puusepa tegevusest Eestis ning välismaal. Ei leidnud aga viidet sellele, et L. Puusepp kuulus akadeemikuna 1938. aastal rajatud Eesti Teaduste Akadeemiasse.

Raamatust leiame andmeid ka sõja ajal välismaale emigreerinud õppejõudude saatuse kohta, sellest on üldsus seni vähe teadnud. Nii saame põhjaliku ülevaate Eesti Vabariigi aegse arstiteaduskonna tööst, kus valmistati ette 777 arsti ja 327 farmatseuti. Dr. I. Käbin on oma suurt tööd nõudnud ja hoolsalt koostatud monograafiaga täitnud lünga eesti meditsiini ja Tartu Ülikooli ajaloos. On ju andmeid Eesti Vabariigi aegse Tartu Ülikooli tegevuse kohta avaldatud viimastel aastakümnetel üsna lakooniliselt. Et raamat ilmus saksa keeles, võimaldab see teos Tartu Ülikooli nimetatud ajajärgu tegevust tutvustada ka rahvusvaheliselt.

Raamat on varustatud mitme lisaga, millest osa on autor nimetanud ekskurssideks. Esiteks täiendab ta mõne tööga A. Grünfeldi ja V. Leegi koostatud Tartus kaitstud väitekirjade nimekirju. Teiseks esitab nimekirja Tartu Ülikooli kasvandikest kuni 1890. aastani, kes olid saanud professoreiks Venemaal, sealhulgas Poolas ja Soomes. Kolmandaks koostab loetelu meedikute, kes olid valitud Tartu Ülikooli audoktoriteks või auliikmeteks. Kõige mahukam on neljas ekskurss, kus tuuakse ära mõne rahvusvaheliselt tuntud Tartu Ülikooli kasvandikust meediku lühibiograafia (16 isikut). Raamat sisaldab Tartus töötanud õpetlaste koondnimekirju. Lisatud on kaart Tartu arstiteadlaste teaduskonaktide kohta.

Raamat on rikkalikult illustreeritud teadlaste portreede ning koopiatega nende teoste tiitellehtedest. Mõnda portreevarianti näevad siinsed võimalik et esmakordselt (P. Trendelenburg, F. Akel, F. Grant, G. von Bunge, B. Nauyn, F. A. Hoffmann). Meil ei ole kättesaadav olnud anatoomikumi vaade puulõikena 1885. aastast ning raamatukogus puuduvad ka need ajalehenumbriid «Illustrierte Zeitungist» (1852), kus on avaldatud vaated ülikooli peahoonest ja aulast.

Kasutatud allikad ja kirjandus võtavad teosest enda alla üle 30 lehekülje (lk-d 539...574). Me ei hakka neid lähemalt iseloomustama, kuid arvame, et igale meditsiiniajalooost sügavalt huvituvale isikule peaks see abi pakkuma. Muide, Eestis ilmunud kirjandusele leiab üsna rohkesti viiteid. Monograafia on varustatud inglise- ja prantsuskeelsete resümee ja isikunimede registriga.

Raamat on trükitud meie mõiste järgi rotaprindil (Difo-Druck) Bambergis, kirjastatud Lüneburgis, hästi kujundatud. Trükiarv on 1200 eksemplari. Ta on loetav nii õpiku kui ka uurimuseks.

I. Käbini raamat on terviklik ülevaade Tartu Ülikooli arstiteaduse arengust aastail 1802...1940. Ta on kirjutatud maailma teaduse arengu foonil. Selles on suur rõhk Tartu Ülikooli sidemetel teiste teaduskeskustega. Skeemid, tabelid ja nimekirjad lubavad teost kasutada edukalt ka käsiraamatuna. Raamat annab meist pildi läänemaailmale.

Teos on äratanud suurt huvi, seni on teda retsenseeritud viiel korral (Rootsis, Prantsusmaal, Austrias, Inglismaal, Soomes). Kõikjal on raamatusse suhtunud tunnustavalt.

See teos ei olnud Ilo Käbinil esimene, 1972. aastal on ta kirjutanud meie ala arstidest uurimisreisijatest raamatu «Maal ja merel», mis ilmus rootsi keeles 1974. aastal.

Kuno Kõrge
Hain Tankler
Tullio Ilomets

UDK 616.28-008.1(049.3)

Märkusi Arvid Lutsu raamatu «Kuuldeaparaadid ja kuulmise korrigeerimine» kohta*

Lugeja lauale on jõudnud raamat, mis peaks aitama tutvustada kuuldeaparaate, nende määramist ja kasutamist. Et Eestis on kuuldeaparaat rohkem kui 20 000 inimesel, on sellise raamatu väljaandmine igati põhjendatud.

Raamatu koostamisel on autor seadnud endale ülesandeks kuulmiskahjustustest ja nende diagnoosimise meetoditest ülevaate andmise, samuti kuuldeaparaatide ja nende kasutamise võimaluste iseloomustamise.

Annotatsioonis on märgitud, et raamat on kirjutatud «arstidele ja kõrva-proteesimise kabinettide töötajale, ka vaegkuuljale ja kõigile neile, keda see oht ähvardab». Keegi meist ei ole selle tõsise häda eest kaitstud, seega on adreessadiks kõik inimesed. Autor on võtnud endale raske ülesande: rahuldada tänapäeva tasemel uute teadmistega nii erialaspetsialisti kui ka meditsiinihariduseta lugejat. Et erialakirjandusega kursis oleva arsti jaoks on raamatus siiski vähe uut, tuleb seda eeskätt vaadelda kui laiale lugejaskonnale kirjutatud populaarteaduslikku brošüüri.

Raamatu ülesehitus on loogiline. Esimestes peatükkides antakse lugejale selgitusi kurtuse ja vaegkuulmise mõiste, klassifikatsioonide ja põhjuste kohta. Järgmise osa (IV. . . VI peatükk) moodustab kuulmiskahjustuste diagnoosimise meetodite kirjeldus. Raamatu põhiosa (IX. . . XX peatükk) võtavad enda alla kuulmise elektroakustilise korrigeerimise käsitlus ja kuuldeaparaatide ehituse kirjeldus. Viimane peatükk on kõrva-proteesimiskabineti tööst ja uurin-gutele kuluvast ajast.

Raamat on rikkalikult illustreeritud, samuti tuleb nentida selle head trüki-

tehnilist külge. Lühikese ülevaate andmine kõrva ehitusest oleks paljud tekstis toodud mõisted lugejale arusaadavamaks teinud. Lähem tutvumine raamatu tekstiga aga hajutab esmase positiivse hinnangu kiiresti.

Autor kirjutab: «Kurtus. . . tähendab kuulmise täielikku puudumist või sellist nõrgenemist, mille puhul tavalist kõnet ka lähedalt ei kuulda» (lk. 5). Tekib küsimus, kui lähedalt (kas sentimeetrites või meetrites)? Lk. 6 teine lõik ei sobi kokku peatüki pealkirjaga, sest selles on kirjeldatud kuulmise uurimist ja klassifikatsiooni. Esimestel lehekülgedel tsiteeritud publikatsioonid on ilmunud ammu — XVIII ja XIX sajandil. Kõige värskem tsiteeritav allikas on aastast 1938. Kas tõesti ei ole viimase 50 aasta jooksul kurtuse ja vaegkuulmise probleeme erialakirjanduses käsitletud?

Kuulmiskahjustuste klassifikatsiooni käsitleva peatüki kirjutamisel on autor lähtunud väitekirjadele omase kirjandusülevaate koostamise põhimõtetest. Lühidalt on refereeritud artikleid ja monograafiaid. Selline võte ei ole kohane populaarteaduslikule brošüürile. Ka ei ole mitu lõiku omavahel loogilises seoses.

Lk-l 12 mainib autor 1961. aastal rahvusvahelisel kuuldeaparaatide tootjate konverentsil vastu võetud kuulmiskahjustuste rahvusvahelist klassifikatsiooni kui praegu ametlikult kehtivat. Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni poolt 1980. aastal soovitatud klassifikatsioon on palju täpsem ja leidnud üldist heakskiitu.

Lk-l 13 rõhutatakse, et «leetrid on ohtlikud loote Corti elundi arenemisele. . . ». Järgmises lõigus kirjutab autor, et «teiste viiruste suhtes on kirjanduse andmed üsna kasinad.» Ent on teada, et punetised on palju sagedamini kuulmiskahjustuste põhjustajaks kui leetrid.

Neurosensoorsete e. heli vastuvõtu aparraadi kuulmishäirete puhul on kõrvuti neuroepiteliaalsete struktuuride muutustega võimalikud veel kuulmisanalüsaatori teiste perifeersetes ja tsentraalsetes osades kahjustused (2). Autor seostab seesugused kuulmishäired ainult

*A. Luts. Kuuldeaparaadid ja kuulmise korrigeerimine. Tallinn. «Valgus», 1988.

sisekõrvaga (lk. 4). Ka nende muutuste etiopatogenees on lõplikult selgitamata, samas aga kirjeldab autor «veresoonte lupjumisest tingitud kuulmisrakkude väljalangemist» kui üldtuntud fakti (lk. 4).

Kuulmiskahjustuste diagnoosimist käsitlevas osas on esmalt eraldi peatükis selgitatud audioloogia mõistet, milles on sisulisi ja terminoloogilisi ebatäpsusi. «Audiomeetria» peatükist on eraldatud «Kuulmiseravuse kindlaksmääramine», mis tegelikult on ju üks audiomeetria osa. Samal ajal moodustab «Audiomeetria» peatüki põhilise osa audiomeetria kui uurimisvahendi kirjeldus.

Lk-l 23 kirjutab autor: «Pärast sõda moodustati audioloogiakeskused. . . Tartus ja mujal». Tartus ei ole audioloogiakeskust olnud ei pärast sõda ega ole praegugi. Kiievi Otolaringoloogia Teadusliku Uurimise Instituudis ei ole kõrvaproteesimise kabinetti ning prof. V. Bazarov ei ole seal kunagi töötanud (lk. 22).

Raamatu temaga ei seostu peatükk «Kuulmiskahjustuse profülaktika». Kõrvuti mitme ebatäpsusega on selles peatükis ka ekslikke seisukohti, näiteks «Ema ülitundlikkus- e. allergiavastane ravi hoiab ära lapse allergilised haigused» (lk. 35). Ka arvamus, nagu võiks ägeda katarraalse keskkõrvapõletiku puhul esineda trummiõõnes mäda (lk. 36), on ekslik.

Lühidalt ka raamatus kasutatud terminitest. Selles osas on autor olnud hoolimatu. Mõned näited: eestikeelses erialakirjanduses on püsiva koha omandanud terminid **vaegkuulmine** ja **vaegkuulja**. Raamatus on nende mõistete tähistamiseks kasutatud 11 eri sõna. Kiievi Otorinolarüngoloogia Teadusliku Uurimise Instituut (lk-d 42, 43, 82, 98) peab olema prof. A. I. Kolomiitšenko nim. Kiievi Otolaringoloogia Teadusliku Uurimise Instituut; TK «Estmedtehnik» (lk. 61), «Medtehnik» (lk. 43) pro TK «Eesti Meditsiinitehnik»; Vene NFSV Pedagoogiliste Teaduste Akadeemia Defektoloogia Instituut (lk. 14) pro Vene NFSV Pedagoogika Akadee-

mia Defektoloogia Instituut; Moskva Kuuldeaparaatide Tehas (lk. 57) pro Moskva Surdoakustilise Tehnika ja Meditsiiniaparatuuri Tehas «Ritm».

Palju on raamatus trükivigu ja vigaselt kirjutatud sõnu. Näiteks S. Kompanejets (lk. 7), T. Rau (lk. 10), S. Tjomkin (lk. 11), aerotiit (lk. 37), presbüakusis (lk. 44), A. Pollizer (lk. 45), peab aga olema S. Kompanejets, F. Rau, J. Tjomkin, aerootiit, presbüakuus, A. Polizer. Kuulmekile (lk. 36) pro trummikile, edelveis (lk. 45) pro alpi jäneskäpp (saksa *Edelweiß*), Newton (lk. 28) pro njuuton, 20 MPa (lk. 29) pro 20 μ Pa jt. Autor ei ole suutnud tagada teksti ühtlust. Enamikul käsitletutel on toodud nimi eesnime esitähega, ent De Rossi, Hedingeri ja Falkovitši puhul on see ära jäänud (lk. 5, 6, 7).

Autor on kirjutanud, et «Tänapäeval on audioloogia põhiprobleem kuuldeaparaadid» (lk. 23). Tegelikult on nüüdisajal audioloogia ülesandeks kuulmiskahjustuste etioloogia ja patogeneesi uurimine, kuulmiskahjustuste diagnoosimine, ravi ning profülaktika, aga ka funktsionaalne kompensatsioon.

Mõnda ka raamatus käsitletud kuuldeaparaatide tootmise kohta. Lugeja saab vale informatsiooni, et H. Pöögelmanni nim. Elektrotehnika Tehas hakkas kuuldeaparaatide tootmiseks valmistuma 1978. aastal. Tegelikult said esimesed kuuldeaparaadid valmis juba 1977. aastal. Arusaamatuks jääb, kust on autor saanud andmed, nagu toodetak praegu tehases kuuldeaparaate U-2, U-2M3 ja «Elektroonika P-1». Esimese tootmine lõpetati juba 1984. aastal, teist ei ole üldse toodetud ning viimast ei ole H. Pöögelmanni nim. Elektrotehnika Tehasel plaanis lähematel aastatel tootma hakata. Tabelites ja joonistel on toodud andmed nende välismaiste kuuldeaparaatide kohta, mida Nõukogude Liitu ei impordita, samal ajal aga imporditavate aparaatide («Oticon») joonised ja tehnilised näitajad puuduvad.

Lk-l 50 on peatükis «Patareid» juttu ainult akudest. Neid ei saa samastada patareidega, pealegi ei ole tekstis nimetatud akusid D-0,025 viimased neli

aastat toodetud ning nende asemele on tulnud akud D-0,03.

Elektroonikaküsimusi käesolevas retsensioonis ei analüüsita, sest see osa raamatust on ebakompetentselt koostatud.

Segadus on venekeelsete terminite kasutamiseks. Võimenduse automaatregulaatori (VAR) tähistus on muudetud APY-ks (vene keeles АРУ) (lk-d 61, 97); telefoni markeering BTY on muutunud BTY-ks (lk. 59).

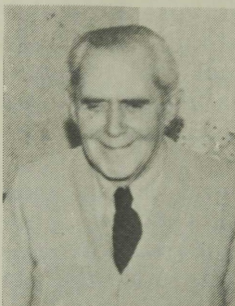
Lugejal ei teki vähimatki kahtlust, et peatükk «Kõrvaproteesimise põhietaapid» (lk-d 92. .97) on originaalne autoritekst. Kui aga võrrelda nende lehekülgede teksti käesoleva retsensiooni 1. kirjandusallika lehekülgede 221. . .225 tekstiga, leiame, et A. Luts on teinud sealt oma raamatusse sõnasõnalise tõlke, ent jätnud viite kasutatud kirjandusele tegemata. Viitamata tekstilõike ja tabeleid nimetatud ja teistest monograafiatest ning artiklitest leidub raamatus veelgi.

Iga eestikeelne publikatsioon, ka populaarteaduslik, on osake meie rahvuskultuurist, mis peegeldab oma aja teadmisi ja oskusi. See asjaolu seab autorile kirjutamisel vastutuse. Kõnesolev raamat oma ülesannet ei täida, vaid pigem desorienteerib abiandjaid ja abivajajaid. Jääb arusaamatuks retsensentide, otorinolarüngoloogiast ja kuulmise korrigeerimist hästi tundvate Eesti juhtivate arstide poolt kergekäeliselt antud kirjastamisluba.

KIRJANDUS: 1. Базаров В. Г., Лисовский В. А., Мороз Б. С. и др. Основы аудиологии и слухопротезирования. М., 1984. — 2. Солдатов И. Б., Миркина А. Я., Храпто Н. С. Шум в ушах как симптом патологии слуха. М., 1984.

Jaak Müürsepp
Rein Muul
Felix Laupmaa

MEIE JUUBILARE

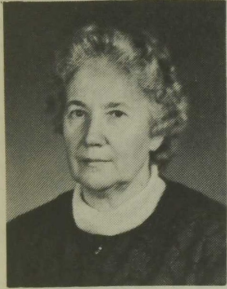


Boris Nurmand, endine Tartu Linna Polikliiniku jaoskonnaarst, sai 19. detsembril 1988 90-aastaseks. Juubilar on sündinud Narva-Jõesuus kaupmehe perekonnas. Aastail 1918. .1919 oli ajalehe «Molot» sekretär. 1918. aastal lõpetas ta Narva kommertskooli ja 1926. aastal Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. Pärast ülikooli lõpetamist oli B. Nurmand volontäärassistendiks ülikooli närvikliinikus professor L. Puusepa juures, nooremassistendiks patoloogianstituudis, assistendiks vaimu- ja närvihaiguste kliinikus, laborandiks I Sisehaiguste Kliinikus. Aastail 1937. .1948 töötas Tallinnas, esialgu oli ta ühishaigekassa haigla terapeut, hiljem Kopli ja Pelgulinna ambulatooriumi peaarst. 1948. aastast kuni pensionile minekuni 1967. aastal oli B. Nurmand Tartu Linna Polikliiniku jaoskonnaarst, kohakaasluse alusel ka TRÜ ambulatooriumi arst. B. Nurmand on tervishoiu eesrindlane. Ta on saanud mitu aukirja. Vaatamata kõrgele eale on juubilar aktiivne, armastab loodust ja pikki jalutuskäike, tunneb huvi päevasündmuste vastu. Isa arstitööd jätkab TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia kateedri professor Leo Nurmand.



Iia Kask, Tartu Kliinilise Haigla stomatoloog, sai 24. novembril 1988 60-aastaseks. Juubilar on sündinud 1928. aastal Antslas teenistuja perekonnas. 1947. aastal lõpetas ta Võru Keskkooli ja 1952. aastal TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogiaosakonna kiitusega. Aastail 1952. .1957 oli TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogia kateedri assistent, ta õpetas kirurgilist stomatoloogiat. Ajavahemikul 1957. .1983 oli I. Kask Tartu Kliinilise Haigla stomatoloogiaosakonna juhataja. Alates 1983. aastast on töötanud sama osakonna ordinaatorina. I. Kask on Eesti üks juhtivaid stomatoloogide, ta on kõrgema kategooria arst. Korduvalt on ta käinud täienduskursustel. Ta on juhenda-

nud interne ning õpetanud üliõpilasi. Juubilar on tegelnud ka teadustööga. Trükist on ilmunud 15 teadusartiklit. Ta on esitanud ettekandeid stomatoloogide konverentsidel ja seltsi koosolekutel. I. Kask on aktiivselt osa võtnud Eesti Stomatoloogide Seltsi tööst, 15 aastat on ta olnud seltsi juhatuse liige. Oma tööarmastuse, kohusetundlikkuse ja kirurgioskuste eest on juubilar pälvinud mitu autasu.



Lilian Kaasikmäe, Eesti NSV teeneline tervishoiutöötaja, Vinni apteegi juhataja, sai 2. detsembril 1988 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Rakveres. 1946. aastal lõpetas ta Rakvere 1. Keskkooli, 1950. aastal TRÜ arstiteaduskonna farmaatsiaosakonna. Tööd alustas TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateedris vanemlaborandina. Aastail 1951..1953 töötas Simuna apteegis, algul assistendi ja hiljem juhatajana. Ajavahemikul 1953..1963 oli L. Kaasikmäe Kilingi-Nõmme apteegi juhataja. Aastail 1963..1964 oli Rakveres 58. apteegi retseptaar, 1964..1985 Rakvere Rajooni Keskapteegi juhataja asetäitja. 1985. aastal asus L. Kaasikmäe tööle oma algatusel asutatud ja sisustatud Vinni apteegis. L. Kaasikmäe on kõrgema kategooria organisaatorproviisor. Ta on esitanud ettekandeid konverentsidel ja korraldanud farmatseutide õpperingide tööd. Juubilar on olnud paljude noorte proviisore ja farmatseutide juhendaja ja konsultant. Eesti Farmatseutide Seltsi juhatusse on ta kuulunud 1965. aastast alates, Rakvere Farmatseutide Seltsi esimaine aga on L. Kaasikmäe olnud 1975. aastast, seega selle asutamisel alates. L. Kaasikmäe on korraldanud kaks ravimtaimede ressurside uurimise seminarlaagrit Lahemaal.



Ilme Pilv, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teadusliku töökorralduse ja meetodika osakonna vanemteadur, sai 5. detsembril 1988 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Koerus arsti perekonnas. 1947. aastal lõpetas I. Pilv Väike-Maarja Keskkooli, 1953. aastal TRÜ arstiteaduskonna kiitusega. Aastail 1953..1956 oli kliinilises ordinatuuris pediaatria erialal Tallinna Vabariiklikus Haiglas. Pärast seda töötas Haapsalu rajooni pediaatrina, Tallinna I Lastehaigla osakonnajuhatajana ja Tallinna II Lastehaigla peaarstina. 1965. aastal kaitses I. Pilv kandidaadiväitekirja. Aastail 1964..1969 oli ta Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi lastereumatoloogiaosakonna noorenteadur, 1969..1971 Eesti NSV Haridusministeeriumi Pedagoogika Teadusliku Uurimise Instituudi va-

nemteadur, 1971..1977 Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi peapediaater. 1977. aastast alates on olnud praegusel ametikohal. Juubilar on uurinud lastepolikliinikute töökorraldust. Temalt on ilmunud 55 teaduspublikatsiooni. I. Pilv on Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi laste ravi- ja profülaktilise abi nõukogu liige, pediaatria probleemikomisjoni ning ühingu «Teadus» aktiivne liige. Juubilar on kõrgema kategooria pediaater ja tervishoiu eesrindlane.



Nadežda Vihm, TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogia kateedri dotsent, sai 19. detsembril 1988 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Tallinnas töölisperekonnas. 1947. aastal lõpetas ta keskkooli Kuressaares, 1951. aastal TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogiaosakonna kiitusega. Pärast ülikooli lõpetamist töötas N. Vihm Tartu Meditsiinkooli õpetajana. Kandidaadiväitekirja «Arseeni-, nikli- ja hõbedasisaldus inimese hammaste normi, kaariese ja alveolaarse piiorraa korral» kaitses ta 1964. aastal. Alates 1963. aastast on töötanud TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogia kateedris: aastail 1963..1978 oli ta kateedrijuhataja, 1978. aastast on töötanud praegusel ametikohal. Dotendikutse sai N. Vihm 1966. aastal. N. Vihm teeb ka ravitööd Tartu Linna Stomatoloogia Polikliinikus. Temalt on ilmunud trükist ligikaudu 150 teadustööd, 10 meetodilist juhendit ning õppevahendit, ta on mitme erialabrošüüri autor. Aktiivselt on N. Vihm osa võtnud ühiskondlikust tööst: ta on kahel korral olnud TRÜ arstiteaduskonna parteibüroo liige, aastail 1963..1965 oli ta Tartu Linna Rahvasaadikute Nõukogu saadik. Ta on olnud Üleliidulise Stomatoloogide Seltsi juhatuse liige, Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi stomatoloogia eriala ravi- ja profülaktikanõukogu liige, Eesti peastomatoloogi asetäitja. Aastail 1963..1978 oli Tartu linna peastomatoloog. Alates 1958. aastast on N. Vihm kuulunud Eesti Stomatoloogide Seltsi juhatusse, aastail 1968..1978 oli ta selle esimees. Juubilar on saanud palju aukirju. NLKP liige 1964. aastast.



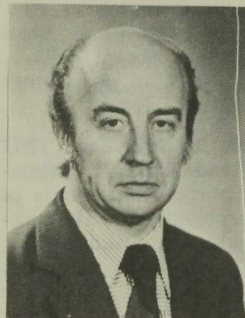
Evald Tammepõld, TRÜ arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedri nakkushaiguste osakonna juhataja, sai 22. jaanuaril 60-aastaseks. Juubilar on sündinud põllumehe perekonnas. 1947. aastal lõpetas ta Tartu 1. Keskkooli ning 1953. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Kandidaadiväitekirja kaitses E. Tammepõld 1957. aastal. 1956. aastast on ta töötanud TRÜ arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja vene-

roloogia kateedris. Dotsendikutse sai ta 1969. aastal. Paralleelselt pingelise õppetööga nakkushaiguste ja epidemioloogia erialal on juubilar jõudnud süveneda paljudesse teadusprobleemidesse, millest esikohal on kõhutüüfuse ja nakkusliku kollatõve epidemioloogia uurimine, diagnoosimine ja ravi. E. Tammepõld on trükitis avaldanud üle 80 teadustöö. Ta on I. Metšnikovi nim. Epidemioloogide, Mikrobioloogide ja Infektsionistide Seltsi Tartu osakonna juhatause aseesimees, ENE toimetuse kaasautor, paljude õppe- ja metoodiliste ning populaarteaduslike tööde autor. E. Tammepõld on ka ühingu «Teadus» TRÜ osakonna juhatause liige. Tervislike eluviiside propageerijana on ta olnud teistele eeskujuks. E. Tammepõld on pälvinud arstiteaduskonna medali.



Ivo Kuusk, Pärnu Polikliiniku gastroenteroloog, sai 21. oktoobril 1988 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Pärnus teenistuja perekonnas. 1957. aastal lõpetas ta L. Koidula nim. Pärnu 2. Keskkooli ning 1965. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Aastail 1965...1970 oli Pärnu Linna Haigla terapeut, 1970. aastast alates on töötanud praegusel ameti-

kohal. I. Kuusk on Pärnu gastroenteroloogiakabineti asutaja. Kandidaadiväitekirja «Laktoosi malabsorptsioon eestlastel» kaitses ta 1981. aastal. Juubilar on trükitis avaldanud üle 20 teadusartikli, neist osa on ilmunud välismaal. I. Kuusk on gastroenteroloogiapraktikas kasutusele võtnud uusi diagnoosimis- ja ravimeetodeid. Korduvalt on ta käinud täienduskursustel. Aastaid on I. Kuusk kohakaasluse alusel olnud Pärnu Arstliku Töövõimetusekspertiisi Komisjoni esimees. Juubilar on esimese kategoria terapeut. Aktiivselt on ta osa võtnud Pärnu Terapeutide Seltsi ja Eesti Gastroenteroloogide Seltsi tegevusest. Hea töö eest on juubilar saanud mitu aukirja.



Ennu Sepp, TRÜ arstiteaduskonna professor, operatiivkirurgia ja uroloogia kateedri juhataja, meditsiinidoktor, sai 13. novembril 1988 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Kohtla-Järve rajoonis põlvupidaja perekonnas. 1958. aastal lõpetas ta Mustvee 1. Keskkooli, 1964. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Seejärel alustas tööd assistendina teaduskonnakirurgia,

operatiivkirurgia ja topograafilise anatoomia kateedris, 1966. aastast alates assistendina TRÜ arstiteaduskonna anatoomia kateedris. 1967. aastal kaitses juubilar kandidaadiväitekirja «Mõningate veresoonte kunstkiudproteeside võrdlev hinnang», 1972. aastal doktoriväitekirja «Posttromboflebitiline sündroom ja selle kirurgiline korrigeerimine». 1976. aastal kinnitati E. Sepale professori-

kutse, järgmisel aastal valiti ta operatiivkirurgia, topograafilise anatoomia ja ortopeedia kateedri juhatajaks. 1984. aastast alates on ta juhatanud operatiivkirurgia ja uroloogia kateedrit. Juubilaril on silmapaistvad tulemused teaduslikus ja pedagoogilises tegevuses. Ta on trükitis avaldanud 148 teadusartiklit, peamiselt veresoonte rekonstruktiivse kirurgia, kirurgilise gastroenteroloogia, ortopeedia ja uroloogia alal. Neist märkimisväärne osa on ilmunud ka välismaistes teadusajakirjades. E. Sepp on vahetult osa võtnud veresoonte kirurgia ja kirurgilise gastroenteroloogia uute ravimeetodite kliinilise praktikas rakendamisest. Ta on juhendanud kandidaadiväitekirjade koostamist, ka üliõpilasi võistlustööde tegemisel, millest osa on pälvinud üleliidulisi preemiaid. Aastail 1972...1975 oli juubilar TRÜ arstiteaduskonna ametiühingukomitee esimees, 1975...1978 arstiteaduskonna parteialorganisatsiooni büroo sekretär, 1978. aastast alates on olnud TRÜ arstiteaduskonna teadusprodekaan. 1975. aastal valiti E. Sepp Prantsusmaa Fleboloogia Ühingu liikmeks, 1985. aastal Tartu Kirurgide Seltsi esimeheks, 1987. aastast alates on ta olnud Eesti NSV Tervishoiu-ministri teadusliku meditsiiniinõukogu kirurgiaalase probleemikomisjoni esimees. Juubilar on Eesti NSV riikliku preemia laureaat teaduse alal. Ta on saanud Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi ja palju muid aukirju.



Aime Tolga, Kohtla-Järve Rajooni Keskapteegi juhataja, sai 19. novembril 1988 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Jõgeva rajoonis Onurme külas talupidaja perekonnas. 1957. aastal lõpetas ta Kohtla-Järve 1. Keskkooli. Aastail 1956...1958 töötas A. Tolga Jõhvi Metsamajandi Ahtme metskonnas. Ajavahemikul

1959...1964 õppis ta TRÜ arstiteaduskonna farmaatsiaosakonnas. Seejärel on töötanud Kohtla-Järve Rajooni Keskapteegis: aastail 1964...1970 oli retseptaar, 1970...1978 juhataja asetäitja, viimased kümme aastat on olnud praegusel ametikohal. A. Tolga organiseerimisel on apteek saanud nüüdisaegsed ruumid ja sisustuse. Ta on juhtinud ka rajooni teiste apteekide tööd. A. Tolga on kõrgema kategoria organisatorproviisor. Oma kutsetöö kõrvalt on ta 1964. aastast alates olnud farmakoloogiaõpetaja, algul Punase Risti Seltsi meditsiiniõpetaja kursustel, hiljem Kohtla-Järve Meditsiiniõpetaja. Ta on ühingu «Teadus» lektor ning esitanud ettekandeid ka konverentsidel. A. Tolga on kuulunud Tervishoiutöötajate Ametiühingu Kohtla-Järve Linnakomitee koosseisu. Praegu on ta Kohtla-Järve Linna RSN saadik ning tervishoiu- ja sotsiaalhoolduskomisjoni sekretär. 1978. aastast alates on A. Tolga olnud Kohtla-Järve Farmatseutide Seltsi esimees. Tubli töö eest on teda autasustatud medaliga «Eeskujuliku töö eest», tervishoiutöö eesrindlase rinnamärgi ja paljude aukirjadega.

VÄLISMAALT

Muljeid Addebrooke'i haiglast Cambridge'is

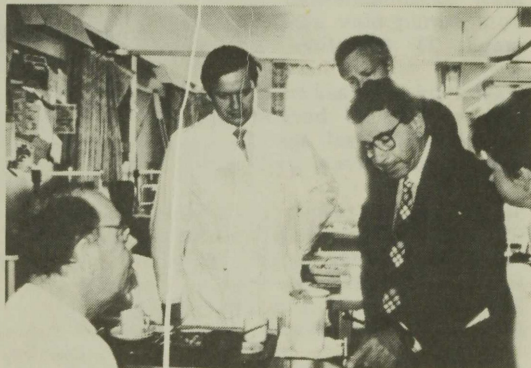
1988. aasta septembris õnnestus mul põgusalt tutvuda selle haigla neeru- ja maksatransplantatsiooni osakonnaga. Haiglas on umbes 1000 voodikohta, teinuduspiirkonnas umbes 340 000 inimest, transplantatsioonipiirkonnas umbes 5 miljonit inimest.

Inglismaal on kolm maksa- ja 33 neerusiirdamise keskust. Maksatransplantatsiooni osakond on üks maailma juhtivamaid ja seega on seal ravil patsiente paljudest Euroopa riikidest, samuti Jaapanist, Iisraelist ja mujalt. 1988. aasta augustiks oli kogu maailmas tehtud umbes 3000 maksasiirdamist, suuremates keskustes Denveris ja Pittsburghis (USA) 1170 siirdamist, Cambridge'is (Suurbritannia) 490.

Maksatransplantatsiooni osakonnas on 26 voodikohta. On 12, 7 ja 3 voodiga palatid. Ühe voodiga palatid on neli, mida kasutatakse isolaatoritena. Cambridge'is viibimise ajal nägin seitset maksatransplantatsiooni, assisteerisin kahel retsiipiendi operatsioonil ja viibisin ühel doonori operatsioonil. Üks operatsiooni edu põhjusi on hästi töötav doonorlusesüsteem. Küllaltki suurel osal elanikest on doonorikaart, millele on trükitud sõnad soovi kohta aidata kedagi pärast surma, kaardile on märgitud ka elundid, milliseid võib kasutada transplanteerimiseks (neerusid, silmi, südant, maksa, kõhunääret). Lubadust on kinnitatud allkirjaga. Kaarti kantakse alati endaga kaasas. Kui selle kaardi omanik haiguse või õnnetusjuh-

tumi tagajärjel sureb, võib pärast ajusurma konstateerimist tema elundeid kasutada transplantatsiooniks. Kui aga sellist kaarti patsiendil ei ole, küsitakse transplantatsiooniks luba sugulastelt. Tänu inimeste teadlikkusele, samuti agarale propagandale raviasutustes, televisioonisaadetes ja mujal selline luba tavaliselt saadakse. Ajusurma diagnoosimise kriteeriume, samuti doonori kohta kehtivaid nõudeid tutvustatakse ringkirjades. Eri elundite puhul on nõuded doonori osas veidi erinevad, kuid üldnõuded on järgmised: vanus alla 65 aasta, diagnoosiks ajusurm, adekvaatne maksa ja neerude funktsioon. Doonor ei tohi olla põdenud neeru- ega maksahaigust, ravimahaigust ega alkoholisismi, kroonilist arteriaalset hüpertensiooni, septitseemiat ega diabeeti, tal ei tohi olla pahaloomulist kasvajat, välja arvatud ajutuumor. Kõige sagedamini võetakse transplantaate doonoritelt järgmiste diagnooside korral: peaajutrauma, subarahnoidaalne verevalum, ajutuumor, suitsiidid, müokardiinfarkt koos ajusurmaga. Ajusurm peab olema diagnoositud vähemalt kahe arsti poolt ning tehtud veel ka kordustest.

Doonorite sugulastele mingisugust hüvitust ei maksta. Vaatamata suhteliselt suurele doonorivere vajadusele nende operatsioonide tegemisel, ei ole see Cambridge'is probleemiks. Doonorid saavad pärast vereandmist kosutuseks vaid tassi teed.



Fotol näeme Siis professor Roy York Calne'i haigevoodi juures. Tagaplaanil paremal Neville Jamieson, vasa kul käesoleva kirjutise autor.

Elmar Siirde



Eesti NSV arstiteadust on tabanud raske kaotus. 12. novembril 1988. aastal varises manalasse meie vabariigi vanim otorinolarüngo- loog, Eesti NSV teeline teadlane professor Elmar Siirde.

E. Siirde oli Eesti otorinolarüngoloogia rajajate professorite Henrik Koppeli ja Ernst Saareste töö

Doonori operatsioonil tagatakse täielik hemostaas. Et ühelt doonorilt püütakse saada võimalikult palju elundeid, kestsid operatsioonid sageli 4. . 5 tundi. Elundeid konserveeritakse mitte kauaks ning retsiptendi operatsioon algab tavaliselt mitte hiljem kui 12 tundi pärast transplantaadi võtmist, südame puhul näiteks 4. . 5 tundi, seega ei sõltu operatsioon kellaajast ega nädalapäevast. Operatsioonide tegijad olid Sir prof. Roy York Calne, mr. Keith Rolles, mr. Neville Jamieson ja mr. Peter Johnston. Retsiptendi operatsioon kestis tavaliselt 5. . 8 tundi. Operatsiooni keerukus on arusaadav kõigile meedikule. Operatsiooni tulemused on viimasel ajal paranenud veelgi ning kuni 82% opereeritud elab pärast maksatransplantaatsiooni üle aasta.

Operatsioon Cambridge'is on Inglismaa ja teiste Euroopa Majandusühenduse maade elanikele tasuta, vaid haiglale tasutakse kindlustuse kaudu. Muude riikide elanikele läheb transplantatsioon maksma 7000 naela ning iga järgnev päev koos ravimite ja toiduga 360 naela. Haiglaravi ei kesta tavaliselt üle ühe kuu. Operatsioon Cambridge'is on tunduvalt odavam kui analoogiline operatsioon Ameerika Ühendriikides.

Arstid ei ole oma saavutustega kaugeltki rahul. Pidevalt jätkub eksperimentaalne töö, eeskätt immunosupressiooni valdkonnas, sest transplantatsiooni korduvoperatsioonide peamiseks põhjuseks on endiselt äratõukesündroom.

Indrek Varik

jätkaja ja edasiarendaja. Ta sündis 22. aprillil 1910. aastal Tallinnas töölisperekonnas. Aastail 1932 . . 1938 õppis Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas. Suurest huvist tulevase eriala vastu läks E. Siirde juba V kursuse üliõpilasena tööle kõrva-, nina- ja kurguhaiguste kliinikusse, kuhu jäi ka pärast ülikooli lõpetamist.

Prof. E. Siirde oli sõjajärgse otorinolarüngoloogia rajaja Eestis, ta oli enamiku praeguste kõrva-nina-kurguarstide õpetaja Tartu Riiklikus Ülikoolis. 1944. aasta suvel oli ta ainukeseks kõrvaarstiks Tartus. Kui Saksa väed hakkasid Eestist taganema, viisid nad muude Tartu Riikliku Ülikooli varade hulgas kaasa ka kõrva-, nina- ja kurguhaiguste kliiniku sisustuse. E. Siirde oli see, kes koos teiste kliiniku töötajatega tõi tagasi Haapsalusse evakueeritud kliiniku varad ja pani kannatada saanud kliiniku lühikese ajaga tööle. 1944. aasta sügisel määrati E. Siirde TRÜ arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedri juhatajaks. Sellel ametikohal töötas ta 1975. aastani, seejärel oli kuni 1983. aastani kateedri konsultantprofessor. Põhitöö kõrvalt täitis E. Siirde aastail 1944 . . 1951 kõrva-, nina- ja kurguhaiguste kliiniku peaarsti ülesandeid.

Prof. E. Siirde oli hinnatud arst, kõrva-, nina- ja kurguhaiguste silmapaistev spetsialist, teadlane ja pedagoog. Tema teaduslik tegevus algas juba üliõpilaspõlves, mil tema huvialad olid logopeedia ja foniatra. Need jäid E. Siirde meelisaladeks ka edaspidi. Paljud meie nimekad lauljad on temalt asjatundlikku abi saanud. Prof. E. Saareste juhendamisel valmis E. Siirdel väitekirj «Kogelejate hingamisliigutuste võrdlevaid

vaatlusi». 1947. aastal kinnitati talle meditsiinikandidaadi kraad ja ta sai dotsendikutse.

1954. aastast alates uuris E. Siirde aerionisatsiooni ja elektroaerosoole. 1963. aastal kaitsitud doktoritöö «Aero- ja hüdroioonid otorinolarüngoloogias» põhimõtted on praktikas laialdast rakendamist leidnud. Tema poolt loodud selle ala koolkond on tunnustatud nii NSV Liidus kui ka väljaspool selle piire. Trükis on E. Siirde avaldanud üle 180 teadustöö, mille temaatika on väga laialdane, käsitledes peaaegu kõiki otorinolarüngoloogia põhiküsimusi. Koos prof. V. Sargavaga rajas ta Eestis audioloogia alused, tegeles tonsillaarprobleemiga, arendas erialast plastilist ja onkokirurgiat. Tema initsiatiivil asutati Tartusse vaegkuuljate ja kõnehäiretega laste kool. E. Siirde juhendamisel on kaitsitud üks doktori- ja kuus kandidaadiväitekirja.

Prof. E. Siirde initsiatiivil asutati 1952. aastal Eesti Otorinolarüngoloogide Selts, mille esimeheks ta oli 1979. aastani. Ta oli Eesti NSV Tervishoiuministeriumi ja Tartu Riikliku Ülikooli õpetatud nõukogu liige, Eesti NSV peaotorinolarüngoloog, Üleliidulise Otorinolarüngoloogide Seltsi juhatuselise liige, ajakirja «Вестник оториноларингологии» toimetuse nõukogu liige. E. Siirde autasustati nelja medali ja Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjadega. Tartu Riiklik Ülikool hindas tema teeneid oma kõrgeima autasu — ülikooli medaliga.

Prof. E. Siirde tundis hästi kõiki oma õpilasi, ta teadis ka nende kõikide edasist arstitegevust, nende muresid ja rõõme. Ta oli üks väheseid õppejõude, kes sellisel määral ning niisuguse huvi ja abivalmidusega jälgis ning elas kaasa oma kunagiste õpilaste elule ja käekäigule.

Helge mälestus professor Elmar Siirdest kui võimekast arstist, tunnustatud teadlastest ja suurepärasest inimesest jääb püsima tema õpilaste ja kolleegide südames.

TRÜ arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateeder

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

23...24. septembrini 1988 toimus Värskas Kolhoosidevahelises Sanatooriumis **südame- ja veresoonehaiguste ravimise südametööstuse konverents**. Konverentsi korraldasid Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskond, Vabariikliku Agrotööstuskomitee Juhtimise Kõrgem Kool ja Värskas Kolhoosidevaheline Sanatoorium. Osavõtjaid oli 103, neist seitse teadusdoktorit ning 15 teaduskandidaati.

Esitati 24 ettekannet, mis käsitlesid südame- ja veresoonehaiguste primaarset ja sekundaarset profülaktikat ning ravi füüsiliste meetoditega nii lastel kui ka täiskasvanutel. Konverentsi kavas oli kaks loengut. R. Kullus TRÜ-st pidas loengu teemal «Massaaž südamehaigete taastusravis». A. Grafi loeng (Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituut) oli «Komplikatsioonide vältimine kehalise koormusravi ajal südamehaigetel».

Pediaatrite ettekannetes rõhutati kõigile teada, kuid vahel ununema kipuvat tõsiasja, et haiguste vältimine, samuti laste õigeaegne ja asjakohane ravi (võimalikult väheste medikamentidega) on meie rahva tervise tähtsamaid eeldusi. Ruuminappuse ja tehniliste võimaluste vähesuse tõttu ei saa laialdaselt kasutada paljusid füüsilise ravi ja profülaktika vahendeid. Nii oleks vaja ülekaaluliste laste ravikompleksi lülitada lisaks dieetravile ja ravikehakuksuurile ka raviujumine (L. Suurorg, P. Kaldmäe). Taastusravi tulemused Keila-Joa Sanatoorses Internaatkoolis on küll head, paraneb 80...85% õpilastest, ent sanatooriumi arstid on teinud mitmeid ettepanekuid ravi tulemuslikkuse suurendamiseks. Neid ettepanekuid saaks rakendada vaid pärast uute ravi- ja elamiskorpuste ehitamist (I. Laan, E. Luiga).

Tartu lastearstid soovitasid kasutada komplekssemaid ja individualiseeritud füüsilise ravi meetodeid vegetodüstooniaga lastel (M. Seene), samuti kroonilise tonsilliidi ravis reumahaigetel lastel (A. Paves).

A. Graf kaasautoritega tõestas, et regulaarne kehaline treening suurendab pärgarterite ja müokardi funktsionaalset reservi südame isheemiatõvega haigetel, väheneb medikamentide vajadus ning paraneb enesetunne. Paraku loobuvad paljud treeningust, ka treeningutingimused ei ole head.

Varajane kehaline aktiveerimine on näidustatud pärast südameoperatsiooni, treeningu meetodika ja doseerimine peavad olema individualiseeritud (A. Tamm). Kehaline aktiivsus aitab

ära hoida ka ebasoodsaid muutusi vere lipiidide-ainevahetuses pingsa vaimse töö tegijail (A.-T. Kaasik).

Sauna toimet mitmesse elundüsteemisse on uurinud töörühm eesotsas prof. E. Laanega. Senist märksa suuremat tähelepanu väärib saunravi arteriaalse hüpertensiooniga haigetel (R. Suija). Regulaarse saunaskäimisega (optimeeritud mikrokliima tingimustes) on mitmel juhul võimalik asendada medikamentooset ravi (V. Ruga). Südamelihase infarkti põdenute jaoks on saunaprotseduurid sageli hea treeniva efektiga, näidustused ja vastunäidustused peavad sel juhul olema individuaalselt määratud (E. Laane). Rasvtöve korral regulaarne saunaskäimine kehakaalu küll oluliselt ei vähenda, aga nii on võimalik treenida ja arendada südame ning vereosoonete funktsionaalseid reserve (K. Saks).

Prof. E. Veinpalu andis põhjaliku ülevaate ravimudade leidumise, omaduste ja kasutamise võimaluste kohta nii Eestis, NSV Liidus üldse kui ka teistes Euroopa riikides. Äärmiselt perspektiivne on mudaravi kasutamise laiendamine elukoha järgi. Selle eeltingimuseks on ravimudade pakendatavus. Tehniliselt on see probleem juba lahendatud, organisatoorselt alles lahenemas.

Mineraalveevannide mõjust südamele ja veresoonkonnale rääkis A. Mesila TRÜ-st. Juttu oli mineraalveest «Värskas 3». Südame isheemiatõvega haigeil (I—II funktsionaalne klass) paranes nende vannide järel südame tsüklilisene struktuur, arteriaalse hüpertensiooniga haigetel märgati vererõhu alanemist.

Heelium-neonlaseri kasutamist südame isheemiatõvega haigete ravis tutvustas prof. R. Teesalu. Esimene kogemus (Zahharjini—Headi tsoonide kiiritamisega) Tartu Kliinilises Haiglas on lootustandev.

Uusi füüsikalise taastusravi tulemuste hindamise kriteeriume tutvustasid prof. J. Maaros, H. Pöder ja S. Noodla.

Konverentsist osavõtjad võtsid vastu resolutsiooni, milles füüsikaline profülaktika ja ravi sisehaiguste (eriti kardioloogia) valdkonnas tunnustati mittepiisavaks. Tehti mitu ettepanekut füüsikaliste ravivõtete edasiseks juurutamiseks. Nii näiteks tuleks füüsikaliseks taastusraviks kasutada kommunaalsaunu, kus saunravi toimuks optimeeritud mikrokliima tingimustes ning meditsiinipersonali järelevalve all.

Peeti soovitatavaks jätkata teadusuuringuid füüsikaliste tegurite toime täpsustamiseks südame- ja veresoonkonna kahjustusega haigeil. Selle suunaline uurimistöö Värskas Kolhoosidevahelise Sanatooriumi baasil, mille aluseks on TRÜ ja ATK vaheline leping, hinnati heaks.

Resolutsioon saadeti Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumile ja Eesti NSV Vabariiklikule Agrotööstuskomiteele ning avaldatakse kokkuvõtlikult ajakirjas «Sotsialistlik Põllumajandus».

Kai Saks

Balti liiduvabariikide farmakoloogide konverents «Füsioloogilisel aktiivsete ainete süntees ja uurimine» toimus 13. oktoobril 1988 Vilniuse

Ülikoolis. TRÜ farmakolooge esindasid prof. L. Nurmand, dotsent T. Žarkovskaja, teadurid J. Harro ja A. Adojaan ning allkirjutanu.

Toimus kaks istungit, stendidel esitatud ettekannete arutelu ja lõpp-plenaaristung. Esimest istungit juhatasid prof. A. Kimenis (Riia) ja dotsent J. Ramanauskas (Vilnius), teist professorid L. Nurmand (Tartu) ja M. Melzobs (Riia). Käsitleti psühhotropsete ainete uurimise tulemusi. S. Germane rääkis uute butürofenoonirea neuroleptikumide, heteroootomitega aldehüüdide ja hapete ning allkirjutanu psühhostimuleeriva toimega adaptogeen karfedooni farmakoloogiliste sõeltestide tulemustest.

Leedu teadlaste tööd puudutasid peamiselt südame- ja veresoonkonna farmakoloogiast ning elektrofüsioloogiast. I. Juravičius (Kaunas) käitles vastünteestitud kvaternaarsest lämmastikku sisaldavate paiksete tuimastite toimet südamelihase elektrilisse aktiivsusesse ja kontraktiivsusesse. M. Veveris (Riia) esitas koondülevaate arütmiaavastaste omadustega ainete otsinguist hüdrasiinkarboonhapete ja nende betaiinide hulgas. V. Lapinskas (Vilnius) jätkas hästi tuntud (trimekaiin) ning südame- ja veresoonkonnasse toimivate uute paiksete tuimastite toime analüüsi eksperimendis. A. Lubas (Kaunas) tutvustas uusi arütmiaavastaseid aineid. Samal teemal jätkas ka J. Ramanauskas (Vilnius). Paikseid tuimasteid sisaldavatest ravimkiledest rääkis J. Vassiljev (Leningrad) ja nende toksilisusest J. Juškevičs (Minsk). Ettekanded stendidel käitlesid peamiselt südame- ja veresoonkonna farmakoloogiat, immunofarmakoloogiat, bioaktiivsete peptiidide ning psühhotropsete ainete uurimist.

Teisel istungil tutvustas P. Gaidalis (Vilnius) mitme uue tsüklilise ühendi põletikuvastast toimet. A. Skutelis (Riia) ja T. Žarkovskaja (Tartu) käitlesid kaltsiumikanalite blokaatorite farmakoloogiat. Mitmes ettekandes olid vaatluse all retseptoruurinud, meie teadlastest ka A. Adojaani ettekandes.

Konverentsist kokkuvõtet tehes viitas dotsent J. Ramanauskas meie regioonis toimuvates uurinutes kahele edukamale suunale, nimelt südame- ja veresoonkonna ning psühhotropsete ainete farmakoloogiale. Järgmine konverents toimub Kaunas.

Margareete Otter

I Moldaavia pediaatrite kongress toimus 13. oktoobril 1988 Kišinjovis. Põhiküsimusteks olid pediaatriline abi, immunoloogia, vastündinute ja varaealiste laste ägedad infektsioonid.

Moldaavias on laste tervishoiukorralduses viimase 10 aasta jooksul toimunud olulised muutused, mille ajendiks on olnud laste suur suremus (45%). Praegu on esikohale seatud ema ja lapse tervishoid, sellega tegelevad paljud ametkonnad. Arstide ja voodikohtade arv on suurenenud (93,3 voodikohta 10 000 lapse kohta, Eestis 86,6). 1980. aastal moodustatud ema ja lapse tervise keskuse baasil (1100 voodikohta) asutati 1988. aastal esimene ema ja lapse probleemidega tegelev teadusliku uurimise instituut. Viimastel

aastatel on pediatraia alal kaitstud kaks doktori- ja kuus kandidaadiväitekirja. Lähemal ajal on kavas kaitsta veel kaks doktori- ja kolm kandidaadiväitekirja. Kišinjovi Meditsiiniinstituudis on kuus pediatraia kateedrit. Vaatamata eeltoodule ei ole tulemused rahuldavad.

Moldaavia tervishoiuministri asetäitja L. Sarantšuk nimetas oma ülevaatlikus ettekandes, et pediatrid on seni andnud vaid arstiabi. Nad ei ole huvitunud keskkonnakaitsest ega perekondade eluviisi suunamisest laste tervise huvides. L. Sarantšuk rõhutas sotsiaalsete tegurite (naiste raske ja tervistkahjustav töö, naiste alkoholism) suurt osatähtsust laste tervise kujundamisel, samuti majanduslike võimaluste piirast. Räägiti ka neist põhjustest, miks 1918. aastal deklareeritud emade- ja lastekaitse idee ei ole realiseerunud.

Varaealiste laste nakkushaigustest käsitleti vastsündinute infektsioone, mis on tingitud haiglasisest nakkusest (salmonelloos) ja intrauteriinselt nakatumisest. Ägedaid hingamisteede infektsioone esineb veel sageli. Suur on suremus pneumoonia tagajärjel ning enamikul surnud lastel on kõrvalhaigustena esinenud hüpotroofia, rahhiit või aneemia. Nimetatud kõrvalhaiguste diagnoosimiseks pakuti välja lihtsaid, ambulatooriumis vastuvõtu ajal kasutatavaid meetodeid. Ägeda pneumoonia osatähtsusest laste suremuses rääkis NSV Liidu Teaduste Akadeemia Pediatraia Instituudi professor K. Tatotšenko.

Kokkuvõtlikult käsitleti ka immunoloogiaprobleeme. Rõhutati immunoloogiaalaste teadusuuringute konstateerivat laadi. Paljude ettekannete teesides soovitati immuunmodulaatorite kasutamist väga erinevate, sealhulgas ka akuutsete haiguste puhul, millesse teesidest ülevaate andja suhtus küllalt kriitiliselt.

Mall-Anne Riihkjäv

Ratsionaalse toitumise propaganda alane pleenum peeti 23. septembril 1988 Palangas NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Presiidiumi juures asuva toitumise meditsiiniprobleemide ja NSV Liidu Riikliku Teadus- ja Tehnikakomitee juures oleva toiduainete tootmise ja NSV Liidu elanike toitumise ratsionaliseerimise teadusnõukogude ühise istungina. Pleenum oli jätkuks Leedu NSV vabariiklikule konverentsile «Teoreetilise ja praktilise meditsiini nüüdisaegsed arengutendentsid».

Inimese ratsionaalse toitumise sektsiooni istungitest võttis peale Leedu toitlusspetsialistide osa külalisi Moskvast, Riiaist, Kiievist, Dnepropetrovskist, Tallinnast. Osavõtjaid oli ka Saksa DV-st. Kokku kuulati konverentsil 27 ja pleenumil 4 ettekannet.

1983. aastal asutati prof. D. Mikalaukaite algatusel Vilniuse Ülikooli juurde vabariiklik toitumisprobleemi keskus. See keskus ühendab nii inimese toitumise uurijate kui ka toiduainete tootjate jõupingutused rahva toitlustamise optimeerimiseks. Toiduainete kvaliteedi parandamisel on saadud märkimisväärsed tulemused, millest saime ettekujutuse toiduainete näitusel ja nende degusteerimisel. Erilise hoole all on

toitlustamine lasteaedades ja koolides. Sel teemal olid ettekanded J. Ašmenskaselt, D. Mikalaukaitelt ja A. Valatkaitelt kaasautoritega.

Koostöös Saksa DV spetsialistidega (prof. M. Möhr ja G. Poze, Potsdam-Rehrücke Toitlustusinstituut) on uuritud koolilaste toitumise käitumist. G. Leverenz (Saksa DV) käsitles toitumisharjumuste tekkimise psühholoogilisi seaduspärasusi ealisest aspektist. Mitu ettekannet oli toiduainete sortimendist ja nende tootmise perspektiividest. J. Maskeliunas rääkis Leedumaal realiseeritavate toiduainete kvaliteetide ja kaupluste sanitaar-hügieenilistest olukorrast.

Eri sektsioonis arutati prof. B. Spiritševi eesistumisel toiduainete vitamineerimist ja elanike vitamiinidega varustamist.

Eestist esitati kolm ettekannet. Allakirjutanu rääkis õpilaste toitumisest ja düslipoproteineemiast, E. Solodkaja toitumisest ja südame isheemiatõve riskiteguritest populatsiooniuringute põhjal Tallinnas, A. Tellmann õpilaste profülaktilise vitamineerimise tulemustest. Konverentsi kogumikus on avaldatud veel kahe ettekande teisi. S. Bogovski ja B. Sergejevi ettekannet oli aflatoksiinide jaotumise dünaamikast vikerforelli kudedes, M. Rooma ja E. Kanni uurimus käsitles taimsete toiduainete nitraatide sisaldust.

Toitumise propaganda pleenumi põhiettekande Moskva Toitlustusinstituudi direktorilt, NSV Liidu Meditsiiniakadeemia korrespondentliikmelt prof. M. Volgarjovilt luges ette pleenumi juhataja M. Levatšev. Teadusnõukogu sekretär V. Konõšev rääkis toitumisõpetuse propaganda printsiipidest teiste riikide kogemust ja näidete varal. Toitumisõpetuse efektiivsust tuleb hinnata tervise paranemise, mitte aga loengute, raadio- või teleaadete, kirjutatud artiklite, ilmunud raamatute arvu järgi.

Toitumise mõjutamine massiteabevahendite kaudu on meie maal seni olnud vähetõhus. Toitumisharjumuste õpetamisel on oluline õige psühholoogiline lähenemine, õpetamise süstemaatilisus, materjali lihtsustamine, näitused, retseptid koos valmistamisõpetuse ja toidu degusteerimisega. Tähtis ei ole aktiivne ja ründav selgitus- ja kasvatustöö mitte üleüldiselt, vaid kindlas kohas kindlale inimeste rühmale, näiteks tervete eluviiside keskuses, toitumiskoolis, klubis.

Sihipärane õpetus peab toimuma atesteeritud spetsialistide juhendamisel; ettekanded, kirjutised peavad olema retsenseeritud. Arukas reklaamiosakondade ja elanike toitumispropagandasse kaasamine peaks samuti toimuma spetsialistide juhtimisel.

Kaadri ettevalmistamiseks ja propagandaks on vaja teha kulutusi. Tuleb ette näha dieetoloogide ja toitluspropaganda tegijate palgalised ametikohad. On vaja kulutada rohkem raha filmidele, TV-reklaamile, hea trükitehnikaga etikettidele, näidismaterjalile ning abivahenditele (kalkulaatorid, soovitusi andvad automaatkalaud, rasvammisõõturid).

V. Konõšev kritiseeris lühidalt ka levinumaid toitumise väärtesooriaid. Ta rääkis sellest, miks need levivad. Ajakirjanikud ja üksikud fanaatikud tahavad sageli kuulsaks saada ning esitavad

sensatsioonilisi seisukohti tõe pähe. Avalikustamise ajal peab rahvas teadma kõike, ka väärseisukohti, kuid koos asjakohase kriitikaga. Et kujuneks õige suhtumine toitlusprobleemidesse, on vaja teha muudatusi nii üldharidus- kui ka kõrgkoolide õppeprogrammides, samuti arstide täienduskursuste programmides. Tulevane perekonnaarst peab õpetama toitu kasutama ravi- ja profülaktikavahendina. Erilist tähelepanu peab pöörama rasedate ja laste, samuti riskirühma koolilaste toitmisele.

Pleenumil vastuvõetud resolutsiooni täiendati lisaks eespool toodule veel mõttega, et head toitluspropagandat saab resultatiivselt teha siiski ainult piisava hulga tervislike toiduainete olemasolu korral.

Merilaid Saava

Üleliiduline õpilaste profülaktilise vitamiiniseerimise alane nõupidamine toimus 28. . . 29. septembrini 1988 Moskvas NSV Liidu Teaduste Akadeemia Toitlustusinstituudis. Seminarnõupidamist juhatasid koordineeriva nõukogu esimees, NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi Emade ja Laste Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse osakonnajuhataja L. Gratšov ja prof. V. Spiritšev.

Kooliõpilaste toitlustamisest ja selle mõjust tervisele rääkis prof. K. Ladodo. Üleliiduliselt ei ole lahendatud toiduainetega varustus, kokkade ettevalmistamine ja muud organisatoorsed probleemid. Lünk on ka teadustöös. Seoses uue koolireformi ja väljakujunenud tootumissituatsiooniga on vaja füsioloogilised normid ja menüü viia kooskõlla regionaalsete võimaluste ja rahvuslike tootumistavadega. Me vajame õpilaste jaoks kõrge toiteväärtusega toiduaineid, säästvaid dieete. Rangemalt tuleb kontrollida toidu kvaliteeti ning üldse vajame nüüdisaegsemat tootumissõpetust.

Laste tervise parandamisel ja nende töövõime suurendamisel ei tohi alahinnata profülaktilist vitamiiniseerimist. Vitamiiniseerimise vajalikkusest ja selle rakendamise viisidest rääkis prof. V. Spiritšev. Koordineeriva nõukogu sekretär N. Blaževič esitas arutamiseks üldharidus-, eri- ja internaatkoolide ning tehnikumide õpilaste etapiviisilise profülaktilise vitamiiniseerimise üksikasjaliku kava ja vastava NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi ja Riikliku Hariduskomitee käskkirja projekti ning instruksiooni.

Kahe päeva jooksul kuulati 17 ettekannet aastail 1986 . . . 1988 toimunud õpilaste ja koolieelkute vitamiiniseerimise tulemuste ja selle perspektiivide kohta Nõukogude Liidu 11 piirkonnas (Orenburg, Tallinn, Moskva, Alma-Ata, Pavlodar, Kiiev, Zaporozje, Tbilisi, Norilsk, Kemerovo, Bakuu). Eesti õpilaste profülaktilise vitamiiniseerimise korraldusest rääkis Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Emade ja Laste Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja E. Tomberg, otsestest uurimistöö tulemustest Tallinna üldhariduskoolides Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi tootumise ja ainevahetuse uurimise osakonna juhataja M. Saava.

Üks ja kaks aastat kestnud uurimine näitas, et preparaadi «Undevit» kasutamine vähendas

oluliselt õpilaste haigestumist, parandades mõnede elundüsteemide funktsionaalset seisundit, organismi vitamiinidega varustatust, immuunoloogilisi ja kliinilis-biokeemilisi näitajaid. Kaheaastase uurimisperioodi lõpul oli märgatav ka vitamiiniseerimise pidurdav mõju varajaste ateroossete muutuste arengule organismis. Psühholoogilised testid tunnistasid õpilaste vaimse töövõime paranemist.

Nõupidamisel jõuti järeldusele, et õpilaste profülaktilist vitamiiniseerimist tuleb jätkata ja 1995. aastaks on vaja kõik õpilased vitamiiniseerida. Seoses sellega tekib organisatsioonilisi ja finantsilisi raskusi. Selles ulatuslikus koostöös peavad osalema nii tervishoiuministeerium kui ka hariduskomitee. Aastail 1989 . . . 1990 on plaanitud alustada Harju rajooni õpilaste laialdast vitamiiniseerimist.

On vaja teha selgitustööd ka naturaalse vitamiini senisest ulatuslikumaks kasutamiseks igapäevases toitlustamises. Koostöös Eesti NSV Riikliku Agrotööstuskomiteega tuleb kasutusele võtta massiliselt tarvitavate toiduainete vitamiiniseerimise teaduslik-tehniline programm. Eelkõige teemegi ettepaneku rikastada lastele määratud toiduaineid nii naturaalsega kui ka sünteetiliste vitamiinikontsentratsioonidega, selleks et katta praegust vitamiinivaegust toidus.

*Ene Tomberg
Merilaid Saava*

VIII üleliiduline neuroloogide, psühhiaatrite ja narkoloogide kongress toimus 25. . . 28. oktoobri 1988 Moskvas. Kongressist võttis osa üle 900 delegaadi. Osavõtjaid oli kokku üle 2000.

Kongressi temaatika oli väga lai: neuroloogia ja psühhiaatria teoreetilised alused, neuroloogilise, psühhiaatrilise ja narkoloogilise abi organisatsioon, peaaegu vaskulaarsed haigused, skisofreenia kliinilised, bioloogilised ja sotsiaalsed aspektid, alkoholism, narkomaania ja toksikomaania, perifeerse närvisüsteemi haigused, epilepsia, närvihaiguste epidemioloogia, geneetika, neurokeemilised häired ja immunopatoloogia, neuroosid, lastepsühhiaatria, kohtupsühhiaatria, psühhoterapia.

Eesti arstiteadlastelt oli kolm ettekannet. Prof. J. Saarma rääkis psühhiliste haiguste leviku erinevustest meestel ja naistel, prof. A. Tikk (kaasautor M. Leiner) tunneldünaamika haigete ravist ning dotsent L. Mehilane psühhoterapiast ja psühhofarmakoterapiast neuroosihaigete kompleksravis.

Kongressi korraldus jättis paljuski soovida. Sektsioonide ja sümposionide töö toimus auditoriumides, kuhu mahtus ainult osa soovijaid, slaidid olid sageli mittejälgitavad. Ka ettekannete teaduslikus tasemes polnud eelmiste kongressidega võrreldes edasiminekut märgata. Paljud ettekanded ei põhinenud mitte uurimistöödel, vaid autori arvamustel ja seisukohtadel. Silma paistis ka nüüdistehnoloogia vähene kasutamine.

See oli neuroloogide ja psühhiaatrite viimane ühine kongress. Kongressil otsustati Üleliiduline

Neuroloogide, Psühhiaatrite ja Narkoloogide Selts reorganiseerida kaheks. Moodustati Üleliiduline Neuroloogide Selts ja Üleliiduline Psühhiaatrite ja Narkoloogide Selts.

Üleliidulise Psühhiaatrite ja Narkoloogide Seltsi esimeheks valiti NSV Liidu Meditsiiniakadeemia korrespondentliige prof. N. Žarikov, auesimeheks akadeemik G. Morozov, sekretäriks prof. G. Lukatšer.

Üleliidulise Neuroloogide Seltsi juhatusse valiti Eestist professorid A.-E. Kaasik ja R. Zupping, Üleliidulise Psühhiaatrite ja Narkoloogide Seltsi juhatusse prof. J. Saarma.

Kongressil viibis kõrkesti ka väliskülalisi, nende hulgas Ülemaailmse Psühhiaatrite Assotsiatsiooni president K. Stefanis. Temaga arutati Üleliidulise Psühhiaatrite ja Neuroloogide Seltsi taasastumist Ülemaailmse Psühhiaatrite Assotsiatsiooni liikmeks. Eraldi peeti sümposioon ÜTO 40. aastapäeva tähistamiseks, millest võttis osa selle psühhiaatriasektsiooni juhataja N. Sartorius.

Meie vabariigi delegatsiooni kuulusid psühhiaatritest V. Jänes, dotsent L. Mehilane, prof. J. Saarma ja A. Adamsoo, neuroloogidest professorid A.-E. Kaasik, R. Zupping, A. Tikk ja teised.

*Rein Zupping
Arno Adamsoo*

VI üleliiduline farmakoloogide kongress «Farmakoloogia ja teaduslik-tehniline progress» toimus 25...27. oktoobrini 1988 Taškendis. Üleliidulisse Farmakoloogide Seltsi kuulub ligikaudu 3000 liiget. Kongressil oli esindatud üks delegaat 10 liikme kohta, seega olid osavõtjaid üle 300 farmakoloogid. Eestist oli osavõtjaid viis (L. Nurmand, A. Zarkovski, E. Vasar, R.-A. Kiiwet ja allkirjutanu). Väliskülalisi oli 38, kõik nad esinesid ka ettekannetega.

Töö toimus sümposioonidena, kus paralleelselt esitati nii ettekandeid stendidel kui ka 20...30-minutisi loenguid. Peeti järgmised sümposioonid: neuropsühhotroopsete ainete molekulaarne toime-mehhanism; kardioproosid ja vasoaktiivsed ravimid; biokeemiline toime ja kliiniline raku-dus; kliinilise farmakoloogia aktuaalsed küsimused.

Lisaks neile peeti veel 16 temaatilist sümposiooni praktiliselt kõigil farmakoloogia erialadel: farmakokineetika ja ravimite toimivate kontsentratsioonide ja kasutamise skeemide täpsustamine, ravimite toksikoloogia, organismi ja bioregulaatorite (neuromediaatorite) retseptorite adapteerumine ravimite toime suhtes, isheemilise müokardi farmakoloogiline kaitse, immunofarmakoloogia, membraanirotsesside (ioonikanalite) farmakoloogiline mõjutamine, ajuvereringe farmakoloogia, ravimite farmakodünaamiline koosmõju, mittetesteroidsed põletikuvastased ained, valuvaigistite farmakoloogia, antihüpoksandid ja aktoprotektorid, toksikomaania, veterinaarfarmakoloogia, viirusvastased ained, arvutid farmakoloogias.

Märgatavalt on arenenud molekulaarfarmakoloogia ja täiustunud ravimite toksikoloogia-alane uurimine. Ka TRÜ farmakoloogide ette-

kanded käsitlesid ravimireseptorite uuringuid radioligandimeetoditel, retseptorite hulga ja afiinsuse muutusi ravimite korduval kasutamisel, ravimisõltuvuse retseptoriseid mehhanisme. Farmakoloogide kongressid toimuvad iga kuue aasta järel. Seltsi juhatuse tegevuse aruande esitas seltsi esimees, NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Farmakoloogia Instituudi direktor akadeemik A. Valdman, aruande esitas ka NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi Farmakoloogia Komitee esimees professor V. Lepõhhiin. Valiti 99-liikmeline juhatuse ja 21-liikmeline presiidium. Seltsi esimeheks sai A. Valdman, esimeseks aseesimeheks D. Harkevitš, teadussekretäriks S. Borissenko. Akadeemik M. Maškovski on seltsi auesimees.

Kongressi korraldus oli ladus. Täskendis on meditsiini-, pediaatria- ja farmaatsiainstituut ning lisaks veel mitu teaduslaboratooriumi, Täskendis töötab ligikaudu 150 farmakooloogi, neist 16 teadusdoktorit.

Lembit Allikmets

IX üleliiduline otorinolarüngoloogide kongress toimus 15...17. novembrini 1988 Kišinjovis. 500 delegaadist olid 463 otorinolarüngoloogid, neist 222 tegevast. Toimus neli plenaaristungit, kus olid arutlusele otorinolarüngoloogiline abi ja selle täiustamise teed, kõrva ja ülemiste hingamisteede mikrokirurgia, ninakõrvalurgete haigused täiskasvanuil ja lastel ning organisatsioonilised küsimused. Toimus ka neli sektsiooniistungit, kus esitati ettekandeid teadussaavutuste kasutuselevõtust, kaadri ettevalmistamisest ja otorinolarüngoloogia õpetamise täiustamisest ning kõrva ja ülemiste hingamisteede mikrokirurgiast.

Kongressi avas NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi Ravi- ja Profülaktikavalitsuse ülem V. Kalinin. Seejärel käsitles Üleliidulise Otorinolarüngoloogide Seltsi esimees akadeemik N. Preobraženski teadussaavutuste kasutuselevõtu otorinolarüngoloogias. Seda teemat täiendasid prof. B. Sagalovitš kliinilise audioloogia, V. Dobrotin ja M. Sakalinskas ninakõrvalurgete ja kõrva kompuutertomograafia, V. Zenger jt. ultraheli, prof. V. Sähhov jt. krüo- ning laserteraapia alal.

Väga suure osavõtjate arvu ja teemade mitmekesisuse tõttu jäi osa ettekandeid esitamata, mistõttu enamik avaldati teesidena.

Kongressist võttis osa ka kaks väliskülalist: professorid Lutz-Kessler Dresdenist ja Otto Ribári Budapestist. Esimene käsitles kolju frontobasaalpiirkonna murde, mis kuuluvad sellel maal otorinolarüngoloogide kompetentsi. Prof. O. Ribári tutvustas kuuldeaparaadi implanteerimist sisekõrva. Mõlemat ettekannet illustreerisid slaidid.

Vahepealsel plenaaristungil valiti Üleliidulise Otorinolarüngoloogide Seltsi juhatuse, selle presiidiumi ja esimees.

Valimised toimusid demokraatlikult, kusjuures kongressi kõrgema rahvaesindusena muutis seltsi põhikirja, asendades seltsi esimehe lahtise hääletamise salajasega. Ministeeriumi esindajate soovitusel vaatamata lisati seltsi juhatuse ja presiidiumi koosseisu kandidaadidena uusi liikmeid

ning esimehe kandidaadile (prof. J. Ovtšinnikov Moskvast) lisaks veel kolm kandidaati (akadeemik I. Soldatov Kuibõševist, prof. V. Paltšun Moskvast ja prof. M. Plužnikov Leningradist). Igaüks neist pidi kongressile esitama oma platvormi, seejärel valis uus juhatus kahes voorus seltsi esimehe. Esimeheks valiti hääletamusega Leningradi I Meditsiiniinstituudi otorinolarüingoloogia kateedri juhataja prof. M. Plužnikov, kes määras kaks asetäitjat Moskvast (professorid V. Paltšun ja V. Bogossov) ning kolm asetäitjat regionaalselt: ühe Riias (prof. E. Gaudin), ühe Tbilisist (akad. S. Hetšinašvili) ja ühe Dušanbest (akad. J. Ishaki). Uus esimees peab seltsi rahvaorganisatsiooniks, kus ülekaalus on noored. Tema arvates peab selts olema ideedepank. Tervishoiuministerium peab arvestama spetsialistide arvamust ja olema krediidiorgan. On vaja rajada nüüdisaegse arapatuuriga varustatud otorinolarüingoloogiakeskused ja anda otorinolarüingoloogidele võimalus täiendada oma teadmisi välismaal. On vaja, et seltsil oleks trükiste paljundamise võimalus, veelgi parem, kui oleks oma kirjastus.

Kliiniline ordinatuur peaks kestma kolm aastat ja selts peaks olema see koht, mille kaudu saaks kogemusi edasi anda noortele. Vajalik on, et senised erialajakirjad teadussündmustest rohkem informeeriksid. Järgmine seltsi juhatuse pleenum korraldatakse Leningradis.

Viimasel kongressipäeval kuulati ettekandeid, mis käsitlesid ülemiste hingamisteede ja kõrva mikrokirurgia mitmesuguseid võtteid, eriti operatsiooni laserikiire abil.

Eesti Otorinolarüingoloogide Seltsi esindasid M. Kull ja R. Tikk (Tartu), H. Kruuse, M. Tamm, V. Gugel, J. Müürsepp ja allakirjutanu (Tallinn). Üleliidulise Otorinolarüingoloogide Seltsi juhatuse valiti allakirjutanu.

Aavid Luts

Soome Immunoloogia Seltsi (Suomen Immunologiyhdistys) **aastakoosolek** oli 28...29. aprillini 1988 Helsingis. Arutlusel olid viimase aja saavutused autoimmuunhaiguste etiopatogeneesi uurimise, diagnoosimise ja ravi alal. Neljast istungist võttis osa ligikaudu 150 arstiteadlast ja arsti. Kuulati 20 ettekannet autoimmuunsuse üldprobleemidest ja konkreetsetest autoimmuunhaigustest. Kaheksa ettekannet oli väliskülalistelt.

Viimasel ajal on kogu maailmas suurenenud huvi autoimmuunhaiguste vastu. Asutatud on mitu uut teadusajakirja, nagu «Autoimmunity», «Journal of Autoimmunity». Huvi suurenemise põhjusi on mitu. Esiteks on senistes tööspidamistes tulnud teha korrigeerivaid, näiteks M. Burneti klooniselektiiviteooriaga seoses. Uute täpsemate uurimismeetodite rakendamise tulemusena on avastatud uusi autoimmuunfenomene; tunduvalt on laienenud ka autoimmuunhäntude kliinilis-diagnostiline tähendus. Just need viimase aja edusammud olid arutlusel ka Soome immunoloogide kahepäevasel kokkutulekul.

Väga erinevate autoimmuunhaiguste uurimisel on tänapäeval märgatavat edu saavutatud jüst

tänu autoantikehade uute määramistestide kasutuselevõtule. Olulised on edusammud autoantikehade tekke molekulaarsete aspektide analüüsimisel. Et uurida on veel palju, seda näitas prof. I. Roitti (London) ettekanne, mis käsitles antigeeni molekulaarse ehituse tähtsust autoimmuunsuse tekkes. Autori hüpoteesi põhjal on näiteks reumatoidartriidi tekkes kesksel kohal IgG glükosüleerimishäire, mille põhjuseks on omakorda galaktosültransferaasi puudulik süntees B-rakkudes.

Mitu uurijat (näiteks A. Karlsson, Uppsala) rõhutas rakumembraanidega reageerivate autoantikehade tähtsust elundispetsiifilise ja ka elundi suhtes mittespetsiifilise autoimmuunsuse tekkes. Ühel meelel oldi selles, et autoantikehadel on tähtis osa mitme haiguse varajases diagnoosimises. F. Mori (Iisrael) ettekandest selgus, et T-rakuliste autoimmuunreaktsioonide osas on seni märkimisväärsed tulemused saadud vaid loomkatsetes. Autoimmuunhaiguste korral peetakse perspektiivikamaks haigusspetsiifiliste T-raku-kloonide eraldamist, mis avab ka nn. T-rakulise vaktsineerimise võimalused.

P. Leinikki (Tampere), E. Mölleri (Stokholm) ja veel mitme autori ettekandes toonitati autoimmuunhaiguste mitmefaktorilisust, samuti välisfaktorite ja organismi geneetiliste iseärasuste süvauuringute vajadust. Rõhutati ka uute, autoimmuunhaiguste suhtes spetsiifiliste ravimeetodite väljatöötamise vajalikkust, sest olemasolevate preparaate, nagu mitmesuguste tsütokiinide, tsüklosporiini jt. toime ei rahulda.

Allakirjutanu käsitles oma ettekandes maohaiguste korral esinevaid autoimmuunfenomene. Kuigi mao limaskestaga seotud autoimmuunhäntude osas on seni olnud palju ebaselget (vaatamata maohaiguste suurele esinemissagedusele), tegelevad selle probleemiga maailmas vaid üksikud teadlaskollektiivid. Heameel oli kohtuda Uppsala kolleegidega, kes nimetatud alal on viimase paari aasta jooksul saavutanud olulisi tulemusi. Värskenes ka 1979. aastal Skandinaaviamaade immunoloogide kongressil sõlmitud tutvus prof. A. Tiilikaisega. Tema ja teiste Soome Immunoloogia Seltsi juhatuse liikmetega arutasime Soome ja Eesti vastavate seltside koostöö arendamist.

Raivo Uibo

4...14. maini 1988 toimus Helsingis Nõukogude—Soome teadusliku koostöö raames **koosolek «Südame ja veresoonekonna ning teiste ühiseid riskitegureid omavate haiguste epidemioloogia ja profülaktika»**. Koostöös osalevad NSV Liidu poolt Üleliiduline Profülaktilise Meditsiini Teadusliku Uurimise Keskus, Kaunase Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituut ja Eesti NSV Tervishoiuministeriumi Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituut, Soome poolt Rahvusliku Tervishoiu Instituut. Ajavahemikul 1985...1987 uuriti 35...54-aastasi mehi ja naisi neljas Nõukogude Liidu ning kolmes Soome piirkonnas. Tehti kindlaks riskiteguritest arteriaalse hüpertensiooni, suitsetamise, liigse keha-

kaalu, hüperkolesterineemia levik, samuti pingutsstenokardia ning kroonilise bronhiidi esinemissagedus eri paikkondades.

Selgus, et arteriaalse hüpertensiooni levik on kõigis keskustes suhteliselt suur, adekvaatselt ravitute osatähtsus aga võrdlemisi väike, eriti meeste hulgas Nõukogudemaa keskustes. Suitsetavaid mehi on rohkem Moskvas, Tallinnas ja Leedu maarajoonides võrreldes Kaunas linna ja kõigi Soome keskustega. Tuldi järeldusele, et vahe on tingitud sellest, et suitsetamisest loobujaid on Soome meeste hulgas kaks korda rohkem. Viidi ju Soomes läbi riiklik profülaktikaprogramm, nn. Põhja-Karjala projekt, mille tulemusena vähenesid nii riskitegurite esinemissagedus kui ka suremus südame- ja veresoonekonna haiguste tagajärjel. Naiste hulgas on suitsetamine levinud kõige rohkem Soomes ja Tallinnas. Kõigis keskustes uuritult on vereseerumi kolesteriinisaldus suur, eriti suur on see Soome meestel. Ühel kolmandikul meestest ja neljandikul naistest on kolesteriinisaldus $\geq 6,5$ mmol/l. Ühel viiendikul meestest ja kolmandikul naistest on kehakaaluindeks ≥ 30 . Soome meestel on kehakaaluindeks kõrgem kui naistel, meil vastupidi. Paljufaktorilise matemaatilise analüüsi tulemused näitasid, et koronaarsurma riski poolest on esikohal Tallinna mehed, esikohal on ka Tallinna naised, samuti Edela-Soome naised.

Valmis teadusliku koostöö aruanne, mille koostamisest võtsid osa ühelt poolt A. Kalinina (Moskva), S. Domarkene, Ž. Čepaitis (Kaunas) ja allakirjutanu, teiselt poolt H. J. Korhonen ja E. Vartianen. Koostati memorandum, milles kajastavad koostöö suunad.

Nõukogude delegatsiooni võttis parlamendis vastu tuntud südame- ja veresoonekonna haiguste leviku uurija prof. P. Puska.

Olga Volož

II rahvusvaheline Läänemeremaade otorinolarüngoloogide kongress toimus 15... 18 septembrini 1988 Rostockis. Kongressi korraldajaks oli Wilhelm Piecki nim. Rostocki Ülikooli arstiteaduskonna otorinolarüngoloogiaosakond koos Saksa DV Tervishoiuministeeriumiga. Igast Läänemere-äärsest linnast oli kutsutud 5... 6 osavõtjat, mõnest ka vähem. Kokku oli osavõtjaid 75. Kuulati 36 ettekannet.

Esimesel istungil kuulati ettekandeid vaegkuuljatest laste varajasest avastamisest, nende dispanseerimisest ja taastusravist. Vaegkuulmise varajaseks avastamiseks imikueas kasutusel olevad meetodid põhinevad kas audiovegetatiivsetel refleksidel (R. K. Johanson, Turu; K. Hörmann, Hamburg), mitmesugustel sõeltestidel või objektiivsel refleks- ja impedantsusaudiomeetrial (A. Scheidhauer ja V. Schmidt, Bad Saarow). G.-H. Weerda (Lübeck) käsitles põhjalikult laste väliskõrva düsplaaaside kirurgilist ravi.

Teisel istungil olid arutluses süljenäärmete haigused. Diabeetilisest sialoadenoosist oli H. Baumani ja kaasautorite ettekanne (Greifswald). Ettekandeid oli ta tuumori markeritest normaal-

se ja tumoroosse süljenäärme korral, nõelaspiratsioonibiopsiast ja immunotsütokeemiast sel puhul.

Kolmandal istungil käsitleti kõrvihijärgset kõnevõime taastamist mitmesuguste kirurgiliste võtete abil. Laserna kasutamist oli B. Ivanovi ja B. Gluhhova (Leningrad), samuti H. Sørenseni (Kopenhaagen) ettekanne. Prof. M. Plužnikov (kaasautoritega (Leningrad) oli vaatluse alla võtnud heliohemoterapia patsientidel, kellele on tehtud larüngektomia.

Mitteemaatiliste ettekannete hulgas pakkus huvi E. Gaudini ja L. Kiese (Riia) uurimus vereingeregulatsioonist kui ravivahendist kõrva-haiguste korral. Meetod seisneb selles, et lamaval haigel kallutatakse voodi peapoolne ots horisontaalasendist allapoole. Seda tehakse kolm korda päevas 15 minutit korraga. Arvestatud on seda, et kemoterapeutikum üksinda ei paranda sisekõrva verevarustust. Allakirjutanu ja kaasautorite ettekanne oli kutserinopaatiast laustekstiilitööstuse töölistel, kes puutuvad kokku mitmesuguste polümeerse materjalidega. Varajasemad kirjanuduse andmed selle kohta puuduvad.

Kongressist osavõtjatel oli võimalus külastada ka endoskoopia- ja otorinolarüngoloogainstrumentide, audiomeetriaalast ja ravimite näitust. Elamuse andsid orelikontsert Mecklenburgi katedraalis Bad Doberan ja rektori vastuvõtt Rostocki Ülikoolis. Arhivaar rääkis 1432. aastal rajatud Rostocki Ülikooli ajaloo.

I Läänemeremaade otorinolarüngoloogide kongress toimus 1985. aastal Turus, selle algatajaks oli Turu Ülikooli otorinolarüngoloogia katedri tolaeagne juhataja prof. Otto Meurmann. O. Meurmannile kui idee autorile anti «*Mister Baltic Sea*» tiitel. Järgmine kongress toimub arvatavasti 1991. aastal Rootsis.

Allakirjutanal oli võimalus kõigile hansalinnade esindajatele (Kopenhaagen, Lübeck, Kiel, Stockholm, Hamburg, Rostock, Greifswald) üle anda Tallinna vanalinnapäevade plakat «Hansalinn Tallinn».

Kongressi ettekanded avaldatakse trükis.

Arvid Luts

II rahvusvaheline töökoosolek «Vibratsioon ja inimene» toimus 14... 18. novembrini 1988 Moskvas. Korraldajaks oli Nõukogude Liidu Meditsiinaakadeemia Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituut, sponsoriteks olid Ülemaailmne Tervishoiuorganisatsioon ja Rahvusvaheline Tööorganisatsioon.

Koosolekust võttis osa üle 120 arsti ja inseneri. Väliskülalisi oli Jaapanist, Hiinast, Soomest, Rootsi, Hollandist, Saksa DV-st, Poolast, Tšehhoslovakkia, Ungarist, Itaaliast ja Somaaliast.

Avasõnad ütles Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituudi direktor N. Izmerov, andes ülevaate Nõukogude Liidus tehtust. Üldvibratsiooni mõju inimesele uuritakse paljudes kohtades, kusjuures arvestatakse ka lokaalseid iseärasusi, nagu kliimat ja muid tegureid.

Tööttingimuste ja vibratsiooni mõõtmise kohta esitati mitu ettekannet. Nii selgitas E. Denissov vibratsiooni parameetreid ja leidis, et standardid on vaja korrigeerida. P. Pospihal, kes on sõiduki kabiinis vibromeetriga mõõtnud vibratsiooni mitut parameetrit ja neid põhjalikult analüüsinud, leidis, et kõige ohtlikum on vertikaalne vibratsioon. Tutvustati vibratsiooni toime uurimiseks ettenähtud aparatuuri (D. Mohr, B. Potjomkin kaasautoritega, V. Tregubov ning J. Starck ja I. Pyykkö).

A. Menšov kaasautoritega on laboratoorselt uurinud üld- ja lokaalse vibratsiooni dooseeritud mõju inimese vibratsioonitundlikkusele. Lokaalne vibratsioon mõjub inimesele tema arvates kaks ja pool korda tugevamini kui üldvibratsioon.

Enamik ettekandeid puudutas üldvibratsiooni toimet kliinilisest aspektist. Nii olid vaatluse all tervisehäired traktoristidel, ekskavaatori-, kraana- ja konteinerveokijuhtidel ning kaevandusmasinatel töötajatel. Üldvibratsioonist tingitud patoloogilisi muutusi on lülisambas, lihastes ja närvisüsteemis.

Välisautorid käsitlesid enamasti üksiksümptoome. Nii kirjeldas M. Nakata konteinerveokijuhtidel sagedast valu nimmepiirkonnas, jäsemete lihaste väsimist ja valulikkust ning vaevusi põlvedes. S. Hulshofi uurimiselusteks on olnud kopterite piloodid, kellel ta on leidnud nimmepiirkonna kahjustusi. Lülisamba degeneratiivsete muutuste põhjusena on arvestatud vibratsiooni kestust, sundasendit ja mikrotrauma toimet (H. Seidel). E. Grigorjan, kes on lülisammast üsna põhjalikult röntgenoloogiliselt uurinud, on traktoristide, buldooseri- ja ekskavaatorijuhtide lülisambas avastanud osteoporoosi, osteofüüte ja osteoskleroosi.

Tähelepanu juhti ka kõrvaltegurite olemasolule ja nende toimele. Näiteks O. Manninen rääkis tubakasuitsetamise kahjulikust mõjust vere hemoglobiinisaldusele, L. Tartakovskaja toksiliste ainete toimel tekkinud nihetest perifeerse vere koostises. R. Djavakadze on mitme teguri koosmõju tagajärjel tähendanud arteriaalse rõhu tõusu ja juba 4...5-aastase tööstaaži korral mao- ja sooletalitluse häireid lisaks tugi liikumiselundite muutustele. I. Ostapkovitš analüüsis müra ja vibratsiooni toimet vestibulaaranalüsaatorisse. Ta väitis, et elektronüstagnogramm on muutusi, mida võib pidada kutsekahjustuseks. Ch. Srokal on tähelepanekuid kuulmise pidevast muutusest suurema tööstaaži korral. Esitati andmeid ka müra uurimise kohta (A. Luts).

Üldvibratsiooni mõju all olevatel töölistel on patoloogilisi muutusi südame- ja vereringesüsteemis (T. Lipenetskaja), on menstruaaltsiooni häireid (D. Balichieva), on tähele pandud seeditraktihaigustesse haigestumise sagenemist (P. Bongers).

Osa esinejaid esitas arutuseks katsetulemused üldvibratsiooni korral. On täheldatud nihkeid inimese veresoonkonnas (R. Borissenkova), nägemise ajutist nõrgenemist (B. Harazin) ja väsimust nimmepiirkonnas (B. Hinz, R. Blüthner). *In vitro* katsetel on selgunud, et erütrotsüütide membraani läbilaskvus suureneb, seetõttu peetakse soovita-

tavaks rakumembraani tugevdada antioksidantidega (M. Losseva).

Mehhanisaatori tervisehäired olenevad traktori tüübist, sõiduteest ja sõiduki koorma suuruselt. Traktoristidel tekib kroonilist nimme-ristluuradi-kuliiti poolteist korda sagedamini kui autojuhtidel (S. Nurbajev).

Epidemioloogiliselt avastatakse 16,7%-l põllumajandusmehhanisaatoritest vibratsioonitõbe (A. Sillam) ja 87%-l kuulmiskahjustust (V. Obelenis ja A. Daškevičius). Politseinikel (mootorrattureil) on lülisambas leitud spondüloartrootilisi muutusi (G. Barbieri).

Üldvibratsioon tingib mitmeid üksiksümptoome, millest väärivad tähelepanu jäsemete tundlikkuse häired, lülisamba nimmeosa degeneratiivsed ja düstroofilised muutused ning muutused lihastes. Reoentsefalograafia andmeil on üksikjuhtudel ka hemodünaamikahäireid. Kaebustest on 11%-l vaevusi kaelapiirkonnas ja 17%-l sõrmede valgenemist (G. Lagutina). Nõukogude Liidus kehtivat vibratsioonitõbe klassifikatsiooni tutvustas V. Artamonova.

Vibratsioonitõvele on enamasti iseloomulik vegetatiiv-sensoorne polineuropaatia (63%-l), nimme-ristluuradi-kuliit (30%-l) ja perifeerse vaskulaarsüsteemi häired (L. Tarassova). Resümeeides ettekandeid, mainis Rootsi teadlane G. Gemne, et võrreldes esimese töökoosolekuga 1984. aastal, on vibratsiooni toime uurimine süvenenud. On selgunud, et tegemist on paljufaktorilise etioloogia ja mitmekesise sümptomatoloogiaga, kus esinevad peamised ja kaasnevad faktorid. Tegeldakse kliiniliste, füsioloogiliste ja laboratoorsete uuringutega. Käesolev vibratsiooni standard ei näita riski suurust. Vaja on lisakriteeriume, et osata riski suuruse üle otsustada.

Diskussiooni käigus selgus, et on vaja edasi uurida madalsageduslikust vibratsioonist tingitud tervisehäireid (G. Suvorov, M. Nakata, I. Pyykkö, C. Hulshof, J. Martin), samuti määrata vibratsiooni kahjulik doos (G. Barbieri). Soovitati lisaks tööstusvibratsioonile arvestada ka olmevibratsiooni (O. Manninen) ja lühendada vibratsiooniga kokkupuutumise aega (B. Harazin).

Järgmine koosolek on plaanis korraldada 1992. aastal.

Arvi Sillam

KROONIKA

Tartu Riiklikus Ülikoolis

13. septembril 1988 toimunud arstiteaduskonna parteialorganisatsiooni aruande- ja valimiskoosolekul valiti teaduskonna uus parteibüroo. Selle sekretäriks sai üldkirurgia kateedri juhataja prof. R. Talvik.

20. septembril toimunud arstiteaduskonna nõukogu koosolekul oli arutusel eelmise õppeaasta õppe- ja kasvatustöö. Aruande esitas prodekaan prof. L. Pokk. Talvisel eksamisesseioonil oli arstiteaduskonna õppeedukus 93,3%, kevadisel 92%, mis on lähedane ülikooli keskmisele. Möödunud õppeaastal hakati teaduskonnas õpetama Moskvas saadetud uute õppeplaanide järgi. Suurenenud on iseseisva töö osa ning vähenenud loengutundide arv. See kohustab kateedreid enam publitseerima õppevahendeid, õpikuid ja metoodilisi materjale. 1987/1988. õppeaastal ilmus 37 õppevahendit ja 14 metoodilist juhendit. Välislektorid esinesid kaheksas kateedris. Eriti tõstis prof. L. Pokk esile farmakoloogia, psühhiaatria, mikrobioloogia ja füsioloogia kateedrit.

Lõpukursuste üliõpilaste teadmisi kontrollis kevadsemestril üleliiduline komisjon, kes jäi meie üliõpilaste teadmistega üldiselt rahule. 1987/1988. õppeaasta riigieksamitel selgus, et vajakajäämisi on teoreetiliste teadmiste praktikkasse rakendamisel. Haige uurimisel antud vastuseid tuli terapeutilistel üksikjuhtudel isegi mittehuldavaks hinnata. Õppeaasta jooksul eksmatricleeriti 80 üliõpilast, neist 53 edasijõudmatuse tõttu.

Arvestades seda, et NSV Liidu Tervishoiuministerium on viimastel aastatel pidevalt saanud käse õppeplaani muudatuste tegemiseks, kohustas arstiteaduskonna nõukogu metoodikakomisjoni koostama stabiilsema rahvusvahelisele tasemele vastava õppeplaani.

Ülikooli nõukogu valis 30. septembril 1988 konkursi korras arstiteaduskonna sisehaiguste propedeutika kateedri juhataja professori ametikohale meditsiinidoktor Rein Teesalu, kes seni on töötanud kliinilise füsioloogia ja biokeemia laboratooriumi juhatajana. Arstiteaduskonna hügieeni- ja tervishoiuorganisatsiooni kateedri professori ametikohale valiti Joosep Reinaru.

Arstide kongressist, mis toimus 17...19. oktoobrini Moskvas, võttis osa ka arstiteaduskonna dekaan prof. A.-E. Kaasik. Tema pikem intervjuu on avaldatud ajalehes «Медицинская газета».

TRÜ nõukogu 28. oktoobri koosolekul anti professorikutse Jaak Maarosile spordimeditsiini ja ravikehakuultuuri kateedrist ning dotsendikutse Hele Everausile hospitaalsisehaiguste kateedrist, Helmut Seepertile teaduskonnakirurgia kateedrist ja Alo Ellerile traumatoloogia, ortopeedia ja välikirurgia kateedrist.

Seoses esimeste Oswald Schmiedebergi nimeliste loengutega TRÜ-s viibis 19...22. oktoobrini farmakoloogia kateedris Göttingeni Ülikooli farmakoloogia ja toksikoloogia kateedri juhataja prof. Arnold Hasselblatt.

Vastavalt Tartu ja Turu ülikooli vastsõlmitud koostöölepingule pidas meie neuroloogia ja neurokirurgia kateedris septembris viiel päeval loenguid Turu Ülikooli kliinilise neurofüsioloogia professor Heikki Lang.

22. oktoobril külastas sama kateedrit doktor Max-Endel Ots Mayo Kliinikust.

31. oktoobril oli dekaan A.-E. Kaasiku juures vastuvõtul Helsingi Ülikooli arstiteaduskonna üliõpilaste kolmeliikmeline delegatsioon. Peeti nõu üliõpilasarühmade vahetuse võimaluste üle.

6...12. novembrini oli TRÜ arstiteaduskonna üliõpilaste kolmeliikmeline delegatsioon külas Lublini Meditsiiniakadeemias, täpsustati III kursuse üliõpilasarühmade vahetust suvise menetluspraktika ajaks.

ÜMPI immunoloogia laboratooriumi juhataja Raivo Uibo viibis neli kuud (maist septembrini) teadustööl Austraalias Monashi Ülikooli Molekulaarbioloogia ja Meditsiini Keskuses. Ta uuris maksahaiguste tekke immuunmehhanisme.

Septembris ja novembris võtsid välismaal toimunud teaduskonverentsidest osa dotsent L. Mehilane (Saksa DV-s), prof. R. Talvik (Tšehhoslovakkia SV-s), prof. J. Ksenofontov (Poola RV-s), prof. L. Allikmets (Saksamaa LV-s), prof. H. Sillastu (Jugoslaavia FV-s, Saksamaa LV-s), dotsent L. Rägo (Saksamaa LV-s), prof. A. Lenzner ja vanemteadur H. Lenzner (Saksa DV-s ja Tšehhoslovakkia SV-s), dotsent T. Talvik (Inglismaal).

Arstiteaduskonnast ja ÜMPI-st sõitsid oktoobris välismaale stažeerima ja teadustööle O. Toomla Tšehhoslovakkia SV-sse, T. Asser Jaapanisse, T. Meren Šveitsi, J. Aru Saksamaa LV-sse, O. Luha Austriasse, E. Seppet Kanadasse.

ÜMPI direktor A.-V. Mikelsaar võttis 4...10. novembrini osa VMN-maade programmi «Biotehnoloogia meditsiinis» juhendajate nõupidamisest Prahast.

Seoses koostöölepingute täitmiseega on arstiteaduskonnas töötanud psühhiaatrid, antropoloogid ning anestesiooloogid ja reanimatoloogid Tšehhoslovakkiaast. Nagu oktoobripühade aktusel märkis rektor prof. J. Kärner, on teadlaste vahetus käesoleval aastal kolm kuni viis korda suurem eelmiste aastate omaga võrreldes.

Lembit Allikmets

Tervishoiutöötajate ametiühingus

9. detsembril 1988 peetud Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee V pleenumi põhiküsimuseks oli tervishoiutöötajate ametiühingu hetkeseis ning sellest tulenevalt ametiühingu struktuuri muutused ning ametiühinguorganite koosseisude koondamine. Põhiettekanne oli komitee esimehelt T. Hendriksonilt.

Pleenumil otsustati kaotada ametiühingu rajooni- ja linnakomiteed ning rajoonides ning linnades moodustada ametiühingukomiteede esimeeste nõukogu. Esimeeste nõukogul on juriidilise isiku õigus, tal on pitsat ning jooksev arve hoiukassas. Istungeid peetakse vajaduse korral ning vabariikliku komiteega kooskõlastatult võib nõukogu kokku kutsuda rajooni või linna ametiühingu konverentsi.

Esimeeste nõukogu esimeheks või valida kas asutuse, organisatsiooni või ettevõtte ametiühingu esimehe või endise rajooni- või linnakomitee esimehe. Viimati nimetatute volituste aeg oleks kuni 1989. aasta aruande- ja valimiskoosolekuni.

Üleliidulise Ametiühingu Kesknõukogu 15. novembri 1988 otsuse põhjal saavad ametiühingukomiteed 65% laekunud liikmemaksude summast tagasi. See raha on ette nähtud komiteede finantsmajandusliku tegevuse laiendamiseks.

Pleenumil arutati ka organisatsioonilisi küsimusi ning kuulati informatsiooni presiidiumi töö kohta pleenumitevahelisel ajal.

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi koosolekul 31. oktoobril 1988 olid muu hulgas päevakorras Tartu linna tervishoiutöötajate korteriolud ning Pärnu Linna Haigla kiirabiosakonna töötajatele ootundidel töötamise eest lisatasu väljamaksmine.

Tartu linna tervishoiutöötajate varustamine elamispinna ei rahulda. 1988. aastal eraldati neile vaid 454,66 m² elamispinna (13 korterit). Praegu on elamispinna taotlejate järjekorras 106 perekonda. Olukorda on komplitseerinud ka asjaolu, et Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tartu Linnakomitee on eraldatud elamispinna arvestusel aluseks võtnud korteri kasuliku pinna, Tartu RSN Täitevkomitee aga on arvestanud üldpinda.

Presiidiumi koosolekul otsustati, et Eesti NSV Tervishoiuministeeriumil koos Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komiteega tuleb taotleda Eesti NSV Ministrite Nõukogult raha Tartu linna tervishoiutöötajate maja ehitamiseks. Tartu Linna RSN Täitevkomitee on andnud nõusoleku raha eraldamise korral see maja ka ehitada.

Presiidium, ära kuulanud Pärnu Linna Haigla peaarsti T. Räppo ettekande ja usaldusarsti U. Meikase kaasettekande ning sõnavõetud Pärnu Linna Haigla kiirabiosakonna töötajatele ootöö eest töötasu 50%-lise lisa maksmisest keeldumisest põhjusel, et puudub palgafond, leidis, et peaarst T. Räppo ja Pärnu Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakond ei ole esitanud igati motiveeritud taotlust palgafondi suurendamiseks, ehkki

Pärnu Linna Haigla kiirabiosakonna töökoormus teiste vabariikliku alluvusega linnade kiirabiosakondade töökoormusega võrreldes on palju suurem (1987. a. keskmisest moodustas see 135,2%). Pärast vabariikliku komitee korduva selgitusi on Pärnu Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonnale eraldatud veel 50 000 rubla palgafondi töötajate töö tasustamiseks.

Mall Kuusma

Lääne-Eesti arstide seltside nõukogu koosolek oli 18. augustil 1988 Loodnal. Koosolekul vaadati läbi ettepanekud, mis mõeldud esitada arutamiseks I Eestimaa arstide konverentsile. Loetus oli üldse 28 ettepanekut, nõudmist, põhimõtetlist seisukohta. Need kõik olid varem läbi arutatud Saaremaa, Hiiumaa, Haapsalu ja Rapla rajooni arstide poolt. Nõukogu koosolekul kiideti ettepanekud üksmeelselt heaks. I Eestimaa arstide konverentsi künnisel 15. septembril 1988 ilmunud ajaleht «Noorte Hääl» avaldas nimetatud ettepanekud pealkirja all «Lääne-Eesti arstide platvorm I Eesti arstide konverentsile».

Ants Haavel

16. septembril 1988. aastal oleks kirurgia-professor Ants Rulli saanud 80-aastaseks. A. Rulli 80. sünniaastapäeva tähistamiseks korraldasid Lõuna-Eesti Kirurgide Selts, TRÜ arstiteaduskond ja Viljandi Näidissovhoosi muinsuskaitse klubi 6. oktoobril mälestuspäeva A. Rulli sünnipäigas.

Viljandi rajooni Heimtali, Viljandi Näidissovhoosi koduloomuuseumi kogunes hulgaliselt arste ja Muinsuskaitse Seltsi liikmeid kogu Eestist. Tutvuti muuseumi ekspositsiooniga, mille ühe osa moodustab ülevaade A. Rulli elust ja tegevusest.



Prof. A. Rulli mälestuskivi avasid peakirurg prof. J. Männiste ja J. Arusson. V. Kutsari foto.

Seejärel kuulati ettekandeid Heimtali rahvamajas. Koduloomuseumi juhataja J. Kokk rääkis A. Rulli lapsepõlvest ja kooliaastatest, elust tema isakodus Parastmal. Kirurg I. Ramjalg meenutas A. Rullit sõjaajast, mil ta oli Viljandis kirurgiks. Allakirjutanu andis ülevaate A. Rulli õpingute ja töö kohta Tartu Ülikoolis.

A. Rulli sünnitalus Parastmal avasid Eesti peakirurg prof. J. Männiste ja A. Rulli noor-põlvõber ning naabrimees J. Arusson lugupeetud professori ja tema isa mälestuskivi. Lehvise rahvuslipp, lauldi isamaalikke laule ning loeti luulet. Mälestuskivi jalamile pandi lilli.

A. Rulli mälestuspäev on veel üks rahvusliku ärkamisaja märke Eestis.

Ants Peetsalu

Kongressid, konverentsid ja sümposioonid 1989. aastal

1989. aastal on Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi teadusliku meditsiininõukogu plaanis kuus vabariiklikku üritust.

Aprillis toimub Tallinnas III sümposioon «Põr-füüsi uurimise ja kasutamise perspektiivid bioloogias ja meditsiinis». Korraldaja on Eksperimen-taalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut.

Aprillis peetakse Tallinnas III neuroloogide, neurokirurgide ja psühhiaatrite kongress. Kongressil arutatakse ajukahjustuste arenemise mehhanisme ja nende ärahoidmise võimalusi ning piiripsühhiaatria ja narkoloogia küsimusi. Korraldaja on Eesti Neuroloogide, Neurokirurgide ja Psühhiaatrite Selts. Kongressi kaaskorraldaja on Eesti NSV Tervishoiu-ministeerium.

Mais toimub Tallinnas V kardioloogide konve-rents. Arutatakse kardioloogia nüüdisprobleeme. Konverentsi korraldab Eesti Kardioloogide Selts. Kaaskorraldajad on Eesti NSV Tervishoiu-ministeerium, Kardioloogia Teadusliku Uurimise Insti-tuut ja Tartu Riiklik Ülikool.

Septembris on Tartus I immunoloogide kong-ress. Vaatluse alla võetakse immunoloogia osa meditsiini aktuaalsete probleemide lahendamisel. Kongressi korraldab Tartu Riiklik Ülikool. Kaas-korraldaja on Eesti NSV Tervishoiu-ministeerium.

Oktoobris korraldab Eesti Gastroenteroloogide Selts Tallinnas I gastroenteroloogide kongressi. Arutlusele tulevad nüüdisaegse gastroenteroloogia kliinilis-organisatsioonilised probleemid (ravi-korraldus, haigete dispanseerimine, diagnoosimise ja ravi uued meetodid). Kaaskorraldajad on Eks-

perimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut ning Tartu Riiklik Ülikool.

Novembris korraldab Eesti Laboriarstide Selts II laboriarstide konverentsi Tallinnas. Vaatluse alla tuleb laboratoorne diagnoosimine. Konverent-si kaaskorraldajad on Eesti NSV Tervishoiu-ministeerium, Tartu Riiklik Ülikool ning Eksperimen-taalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut.

Anatoli Tetsov

1. jaanuarist 1989 on Eesti NSV tervishoiu-mistri esimene asetäitja Ene Hendriku t. **Palo**, kes aastail 1985...1988 oli tervishoiu-ministri asetäitja.

Samast kuupäevast on Eesti NSV riiklik pea-sanitaararst-tervishoiu-ministri asetäitja Jaak Arthuri p. **Uibu**. Sündinud 1941. aastal. TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna lõpetas 1966. aastal. Pärast ülikooli lõpetamist oli Jõgeva Rajooni Saare Jaoskonnahaigla juhatajaks. Ajavahemi-kul 1968...1972 oli TRÜ aspirant, 1972...1975 TRÜ arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedri assistent, 1975...1977 Tallinna Polütehnilise Instituudi ning 1977...1988 Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur. J. Uibu on meditsiini kandidaat.

Eesti NSV teadlaste publikatsioonid välismaal

Allikmets, L. Oswald Schmiedeberg — 150 years. — In: The First Meeting of Baltic Pharmacologists, 22-24 Sept. 1988. Abstracts. Kiel, 1988, p. 5.

Imelik, O., Mustimets, K. Blood serum lipids content at repeated muscular exercise. — Can. J. Sport Sci., 1988, 13, 2, p. 17.

Nurmand, L. Adaptation problem in pharmacology. — The First Meeting of Baltic Pharmacologists, 22-24 Sept. 1988. Abstracts. Kiel, 1988, p. 20.

Rägo, L. Similar regulation of central and peripheral-type benzodiazepine receptors by GABA agonists and stress. — In: The First Meeting of Baltic Pharmacologists, 22-24 Sept. 1988. Abstracts. Kiel, 1988, p. 6.

Zharkovsky, A., Čereška, K. The involvement of D1 and D2 receptors in the behavioural effects of dopamine receptor agonists and antagonists. — In: The First Polish-Swedish Symposium on Structure and Functions in Neuropharmacology. Warszawa, May 3-5 1988, Abstracts. Warszawa, 1988, p. 47.

Zharkovsky, A., Zharkovsky, T. GABA_B receptor agonists and calcium channel antagonists abolish sings of benzodiazepine and morphine abstinence in rats. — In: The First Meeting of Baltic Pharmacologists, 22-24 Sept. 1988. Abstracts. Kiel, 1988, p. 28.

Законченные исследования ученых Эстонской ССР

Изучение некоторых показателей пищевой ценности продуктов в связи с химизацией сельского хозяйства (отчет). Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены МЗ ЭССР. Митченков В. Т., Мянник Л. Э., Надолинский С. И., Головина Т. В., Ней Ю. К., Тарнашинская Е. Ф. Таллинн, 1987. 83 с.

Нитраты, нитриты, микро- и макроэлементы, пищевые продукты, пищевая ценность растительных продуктов.

Методика определения содержания нитратов в пищевых продуктах, утвержденная Минздравом СССР (№ 4228-86), не позволяет точно определить его в растениях семейства крестоцветных. Уровень нитратов в растительных продуктах продолжает оставаться высоким. В 1986 г. содержание нитратов превышало допустимое почти в 40% выращенной продукции. Уровень нитратов в продуктах, выращенных в различных республиках СССР, имеет региональный характер. Содержание нитратов в продуктах животного происхождения не превышает 20 мг/кг. Использование отдельных приемов кулинарной и технологической переработки дает возможность снизить содержание нитратов в растительных продуктах на 40...70% от их исходного содержания. Пищевая ценность картофеля тесно связана с его сортом. Доза минеральных удобрений оказывает существенное влияние на пищевую ценность всех изученных сортов картофеля. При поступлении в организм крыс нитратов и нитритов в составе овощных соков токсичность их менее выражена, чем при введении водных растворов. Одновременное введение нитритов с алкоголем усиливает токсичность нитритов. По сравнению со средними всесоюзными показателями, в растительных продуктах Эстонской ССР отмечается пониженное содержание меди, марганца, кальция и магния и повышенное содержание железа и цинка.

Комплексное изучение этиологической структуры острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) с применением различных методов лабораторной диагностики (отчет). Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены МЗ ЭССР. Суби К. Х., Казесалу Г. С., Ромашенко Л. В.

ОРВИ, этиология, лабораторная диагностика

Этиологию ОРВИ изучали у больных в 1985...1987 гг. Всего было обследовано комплексно (МФА, РСК, РТГА, РИЭ, РП, РНГА, ВВК, ВВТ) 2369 больных. В изучаемый период чаще всего диагностировали парагрипп. Грипп и другие ОРВИ распространялись неравномерно в течение 5 мес. сезона, более половины

всех ОРВИ диагностировали в течение 2 мес., чаще всего в феврале и январе. При возникновении эпидемии повышалось число лабораторно подтвержденных случаев не только гриппа, но и других ОРВИ. При расшифровке этиологии ОРВИ во время эпидемий удалось четко установить полиэтиологическую природу заболеваемости.

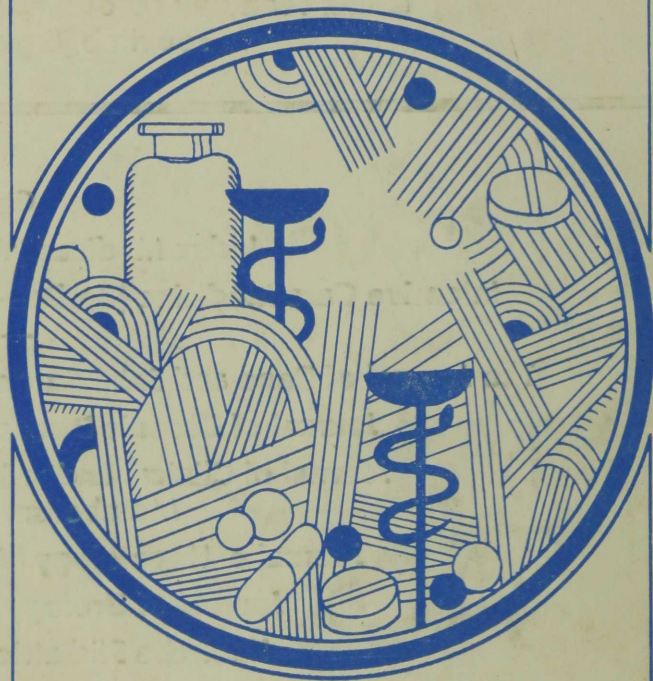
В изучаемый период диагноз был подтвержден в 43,2% случаев. При спорадических случаях ОРВИ результативность отдельных методов колебалась от 0 до 33,8%. Расширение спектра изучаемых ОРВИ на одну инфекцию увеличивало число положительных результатов, в зависимости от инфекции и метода исследования, на 0,3...16,4%. При спорадических случаях ОРВИ реже проявлялись те признаки инфекции, на которых основывается лабораторная диагностика, по сравнению с периодом эпидемий.

LUGUPEETUD MEDITSIINITÖÖTAJAD!

Riiklik Teaduslik Meditsiiniraamatukogu
soovitab järgmisi ajakirju:

Gut (London)
Index Medicus (Washington)
Intensive Care Medicine (Berlin — New York
— London)
The Journal of Bone and Joint Surgery (Boston)
Journal of Chronic Diseases (Oxford)
Journal of Clinical Endocrinology and
Metabolism (Baltimore)
Journal of Hepatology (Amsterdam)
Journal of Urology (Baltimore)
Klinische Pädiatrie (Stuttgart)
Lancet (London)
Münchener Medizinische Wochenschrift
Obstetrics and Gynecology (New York)
Practitioner (London)
Radiology (Easton)
The Thoracic and Cardiovascular Surgeon (Stuttgart)
Vasa. Zentralblatt für Phlebologie (Bern)
Vascular Surgery (New York)

Algus ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid», 1988, 6.



SILIBORUM

Siliboor on flavolignaanide summa, mida saadakse hariliku maarjaohaka (*Silybum marianum* *sgk. Compositae*) viljadest.

Siliboori kasutatakse hepatiidi ja maksatsirroosi eri vormide korral. Ravimit võetakse 0,04 ... 0,08 g kolm korda päevas enne sööki. Ravikuur kestab 1 ... 2 kuud.

Pakendis on 25 kattedkihiga tabletti á 0,04 g toimeainet.